

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1970

N°

THÈSE

POUR LE

145

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

par

JEAN LOUIS CHEVREAU

né le 21 Avril 1940 à Vitry sur Seine (Val de Marne)

Présentée et soutenue publiquement

Contribution à l'étude des résultats thérapeutiques dans un même service psychiatrique au cours des quatorze dernières années

Président de Thèse :
M. le Professeur MICHAUX

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par CHEVREAU Jean-Louis

né le 21 Avril 1940

à Vitry-sur-Seine -94-

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RESULTATS THERAPEUTIQUES

CANS UN MEME SERVICE PSYCHIATRIQUE

AU COURS DES QUATORZE DERNIERES ANNEES

Président: Monsieur Léon MICHAUX, Professeur.



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. MICHAUX

Professeur de clinique de neuro-
psychiatrie infantile

Médecin de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse. Nous vous
adressons l'hommage de notre reconnaissance
respectueuse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550208_0026

A Monsieur le Docteur H. EY

Vous avez bien voulu nous confier la
réalisation de ce travail. Nous vous
remercions de cette confiance, en
espérant que vous n'en serez pas déçu.
Nous tenons à vous assurer de notre
collaboration entière et dévouée.

A Monsieur le médecin-commandant P. GIRARD
agrégé du Val de Grâce

Vous nous avez fait découvrir une
psychiatrie qui ne renie pas ses attaches
médicale. Nous voudrions conserver tout
au long de notre carrière cette vision
que vous avez su nous faire partager.

A Monsieur le Docteur F. BOHARD
Médecin des hôpitaux psychiatriques

Vous nous avez aidé de vos conseils
et encouragé tout au long de ce travail.
Nous voulons vous exprimer notre gratitude
et vous assurer de notre respectueuse
amitié.

A Monsieur le commandant F. LE GALL

Médecin psychologue des troupes de marine

qui nous a offert son amitié.

A Monsieur le Docteur J. JOUANDOU

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ancien chef de clinique de la Faculté

Vous nous avez initié à la pratique de l'Art Médical. Vous avez su nous faire acquérir ces gestes fondamentaux indispensables que la psychiatrie ne peut rejeter. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur J. CHENILLE

Toute notre affection.

A MON PERE

Monsieur le Professeur J. CHEVREAU

qui m'a conseillé dans la réalisation
de la partie statistique, toute mon
affection.

A MA MERE

A MA FEMME

qui, en dépouillant les fiches avec
tant de dévouement, nous a apporté une
aide considérable dans la partie ingrate
de ce travail.

A MES ENFANTS

Clotilde et Clémence

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT

A V A N T - P R O P O S

Le travail que nous présentons ici est une contribution à une étude que nous publierons prochainement. Cette étude est le bilan de 35 années d'activité du Docteur H. EY comme médecin-chef du service des femmes de l'hôpital de Bonneval. C'est grâce à cette présence continue que nous avons pu réussir cette entreprise. Elle est aussi la garantie de la valeur des résultats obtenus, et elle nous a permis d'établir un travail statistique homogène portant sur une durée de 35 ans ce qu'il n'est pas courant de rencontrer.

Aussi nous ne pouvons que remercier le Docteur H. EY de la confiance qu'il a bien voulu nous accorder, et d'avoir accepté d'utiliser une partie de ce travail pour notre thèse.

C'est donc le résultat de ses efforts et de son travail que nous essaierons de chiffrer tout au long de ces pages.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. PRESENTATION GENERALE

- A) - Résultats globaux
- B) - Comparaison avec les travaux antérieurs
 - a) Evolution du mouvement hospitalier
 - b) Evolution comparative du mouvement des population hospitalières et départementales
- C) - Répartition nosographique
 - a) Classification nosologique
 - b) Analyse des résultats dans chaque catégorie
 - c) Analyse des résultats dans chaque classe nosologique
- D) - Répartition chronologique des entrées

III. PSYCHOSES AIGUES

- A) - Psychoses maniaco-dépressives
- B) - Bouffées délirantes
- C) - Etats confusionnels

IV. PSYCHOSES CHRONIQUES

V. CONCLUSIONS

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons ici vient comme complément et comme conclusion d'une enquête qui a été effectuée dans le même service.

Il s'agit d'une statistique portant sur les quatorze dernières années d'activité d'un même médecin-chef, sur une population donnée, le département de l'Eure et Loir, qui a l'avantage de présenter une certaine homogénéité. Nous n'aurons à traiter ici que des malades-femmes.

Pour conserver l'homogénéité de cette population, nous avons dû pratiquer un choix, qui reste d'ailleurs dans la ligne de ce qui a été fait précédemment:

- Nous n'avons retenu que les malades dont la première entrée se situe entre le 1er janvier 1954 et le 31 décembre 1967.

- Seules, les malades qui ont établi leur résidence principale dans le département nous intéressent ici.

Nous éliminerons donc les malades en résidence secondaire hospitalisées à ce moment, ou celles qui nous ont été adressées des départements voisins (Loir et Cher, Seine, etc...). Par contre, nous tenons compte des femmes qui, originaires d'un autre département, sont venues s'installer ici à la suite de leur mariage.

- Dans une première approximation, nous avons effectué un partage dans la situation des malades vis-à-vis de l'hôpital. Nous appellerons "sorties" les malades qui au 1er janvier 1969 seront dans la vie civile, nous réservant par la suite d'analyser la qualité de cette sortie. A cette même date, seront donc "sédiment" les malades encore hospitalisées. Celles dont le décès a eu lieu à l'hôpital seront rangées dans la catégorie "décédées".

- A quel type de population aurons-nous à faire? Avant tout une civilisation agricole, car le département recouvre pratiquement la Beauce. Le progrès a évidemment gagné cette partie de la France, mais nous avons eu l'occasion, plusieurs fois, de constater la persévérance des mœurs traditionnelles. Cette population reste donc mitigée comprenant à la fois des exploitations importantes très mécanisées et de petites entreprises utilisant des ouvriers agricoles, des journaliers.

- Cependant, il faut mettre en évidence la croissance de grandes villes, telles Chartres, Dreux, qui fournissent un contingent appréciable de la pathologie et, en contre-partie, la dépopulation du milieu rural.

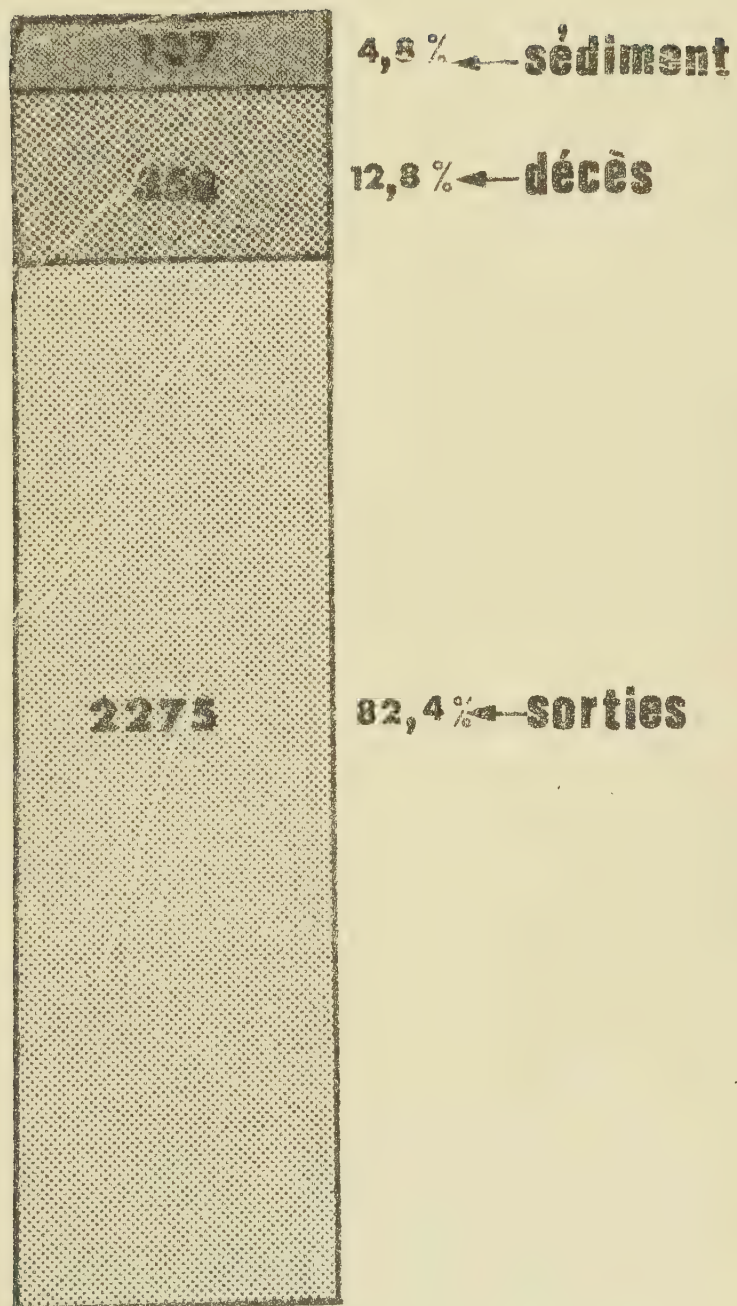
II. PRESENTATION GENERALE

A. RESULTATS GLOBAUX

Nous donnons dans les tableaux des pages
suivantes, un aperçu général de la répartition des
malades au cours des 14 années.

Résultats globaux

Entrées	Sorties	Décès	Sédiment
2770	2275	358	137
100 %	82,4 %	12,8 %	4,8 %



Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ce premier et rapide examen du mouvement hospitalier?

Tout d'abord, le nombre de malades qui sont passées dans le Service. Pendant 14 ans, nous avons soigné 2770 personnes. Nous pouvons ramener ce total à un chiffre moyen de malades entrées par année: ce qui fait 198. Ramené à la population féminine moyenne du département, cela représente un taux de morbidité de 0,7%. Il s'agit d'un résultat global recouvrant tous les différents aspects nosologiques.

Quand nous examinons ensuite la proportion de "sorties" nous ne pouvons nous empêcher d'être frappés de son importance: 2275, soit 82%. Ce résultat nous amène à supposer un roulement très important des malades, ce que confirme évidemment les pourcentages suivants: 12,8% de décès et 4,8% de sédiment.

Nous aurons l'occasion d'étudier plus en détail, tout au long de notre travail, la façon dont se répartissent ces différentes catégories.

Avant d'en aborder l'étude, nous avons pensé qu'un schéma nous ferait voir ces résultats plus clairement.

B) - COMPARAISON AVEC LES TRAVAUX ANTERIEURS

Il apparaît que la situation des malades n'est pas la même au cours des différentes époques qui se sont succédées, ne serait-ce que par les modifications qu'ont entraîné l'apparition des diverses thérapeutiques.

Pour la commodité du travail, nous avons divisé les quarante six ans sur lesquels portait cette statistique, en trois parts sensiblement égales. La première s'étend de 1921 à 1937 et constitue 16 ans, la seconde va de 1937 à 1954 et recouvre 16 ans et la troisième qui est l'objet de notre thèse va de 1954 à 1967 soit 14 ans. Cette répartition présente l'avantage de dégager trois périodes dans l'histoire de la psychiatrie. Nous y verrons évoluer le concept de maladie mentale qui perdra son caractère terrifiant du fait des progrès thérapeutiques et cliniques, et l'attitude du médecin changer du tout au tout.

1) - La première que nous pourrions qualifier d'ère d'expectative où l'hospice remplit sa fonction d'asile. La société enferme ses fous parce qu'elle en a peur, les relègue dans des lieux éloignés des grands centres, sans espoir de les revoir. Le médecin fait ce qu'il peut et laisse le plus souvent la "Vis medica naturae", faire l'essentiel du travail thérapeutique, les sorties étant peu fréquentes malgré l'activité de certains médecins.

2) - La seconde est marquée par l'apparition et l'utilisation systématique des premières thérapeutiques. L'attitude de médecin va se modifier et il aura désormais l'espoir de pouvoir tenter quelque chose pour ses patients. En effet, en 1932, on commence à utiliser de façon régulière la cure de Sakel qui de par la complexité de son utilisation entraînera la modernisation des hôpitaux psychiatriques qui devront se mettre au pas des hôpitaux généraux : emploi de personnel formé, de matériel de réanimation, surveillance des malades, etc... . En 1937,

apparaît l'électrochoque, utilisé seul ou en association avec les chocs cardiazoliques ou la cure de Sakel. Même si son usage a régressé, il reste encore un moyen thérapeutique efficace que l'on ne doit pas systématiquement refuser. En 1935 furent tentées les premières lobotomies qui donnèrent quelque fois de bons résultats. Nous citerons encore la pyrétothérapie, la malariathérapie, la sociothérapie.

Ces méthodes, certes insuffisantes, permirent un autre abord du malade mental. Il n'était plus systématiquement considéré comme incurable et la réduction de son agressivité allait permettre un meilleur contact et l'application de diverses techniques psychothérapiques.

3) - La troisième, enfin, pourrait s'intituler l'ère chimiothérapique. En effet, c'est vers 1950 qu'apparaît le Largactil et tous les dérivés que Delay et Deniker ont classés dans le genre neuroleptique. Ceux-ci constituent une révolution considérable et leurs nombres et leurs familles vont sans cesse croissant. A ceux-ci viennent s'adjoindre en 1957 les anti-dépresseurs avec les I.M.A.O., ensuite les dérivés modernes (aminotryptilline, Iminodibenzyle).

Grâce à ces médicaments l'action du médecin et de l'équipe va s'accroître. On pourra alors parler de guérison, l'hôpital ne sera plus le lieu indispensable des soins et perdra un peu de sa renommée fâcheuse. On n'hésitera moins à venir s'y faire soigner.

Ces progrès thérapeutiques vont permettre d'autres modifications qui auront tendance à réduire encore l'hôpital à un centre de soins intensifs où seront amenés seulement les malades graves et les rebelles: l'apparition des techniques sociales: création de dispensaires d'hygiène mentale, ouverture des foyers de post-cure, d'ateliers protégés, tout un ensemble permettant, malgré une existence encore trop souvent embryonnaire, de dépister plus rapidement les premiers symptômes de

la maladie à l'époque où elle est la plus sensible à la thérapeutique, de suivre les malades après leur sortie et de prolonger les résultats acquis.

Tous cela va entraîner de profondes modifications dans l'esprit du public et des autorités qui accepteront plus volontiers de considérer le malade mental comme un malade et non comme un monstre sacré.

a) - Evolution du mouvement hospitalier

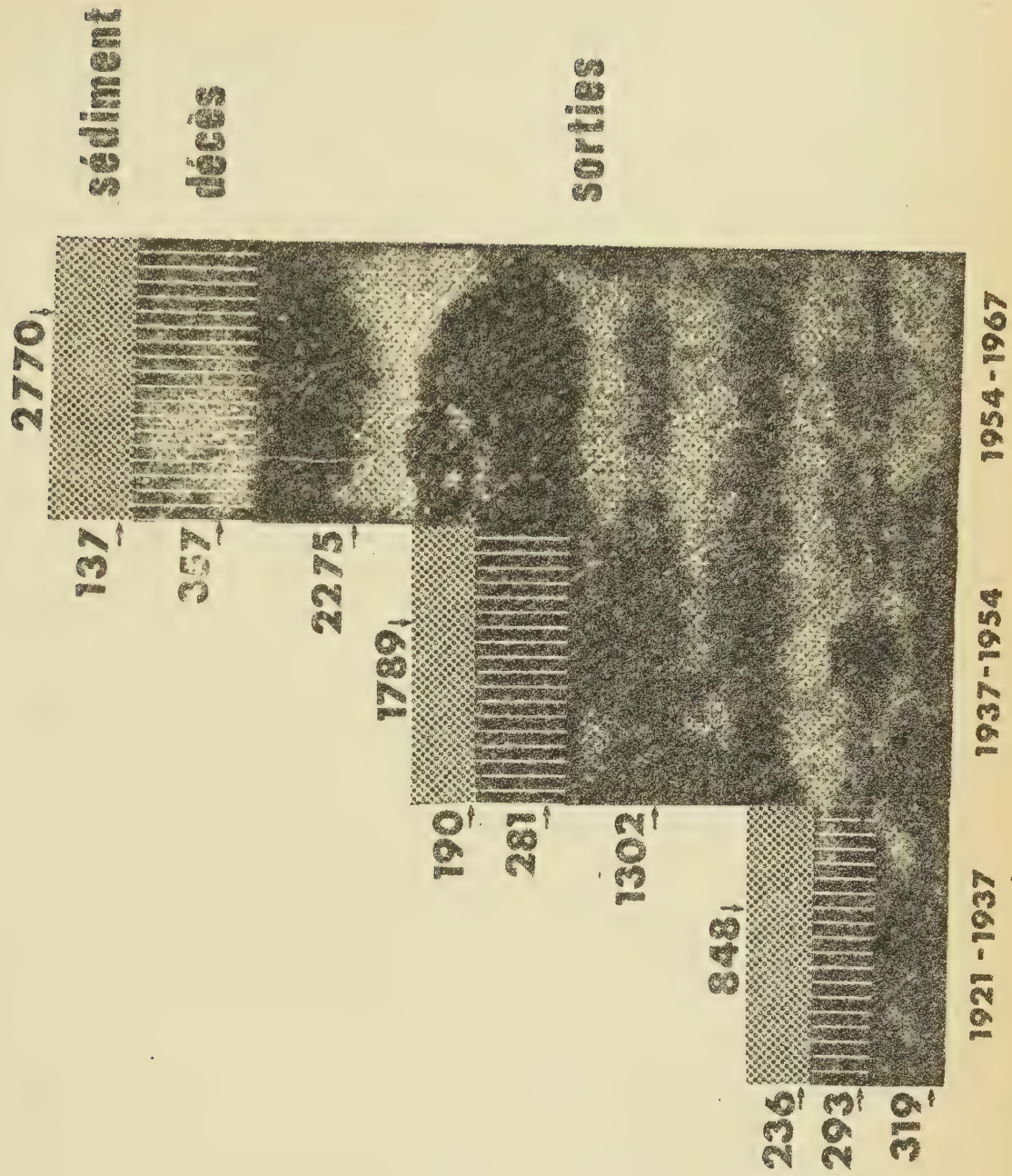
Nous présentons dans les pages suivantes un ensemble de tableaux qui permettront d'évaluer l'évolution des résultats au cours des périodes que nous venons de décrire.

Nous y trouverons la confirmation de ce que nous venons de dire.

Evolution du mouvement hospitalier

de 1921 à 1967

Tranches	Entrées	Sorties	décès	Sédiment
1921-1937	848	319	293	236
		37 %	34 %	29 %
1938-1954	1789	1302	281	190
		72 %	16 %	12 %
1955-1967	2770	2275	357	137
		82 %	13 %	5 %

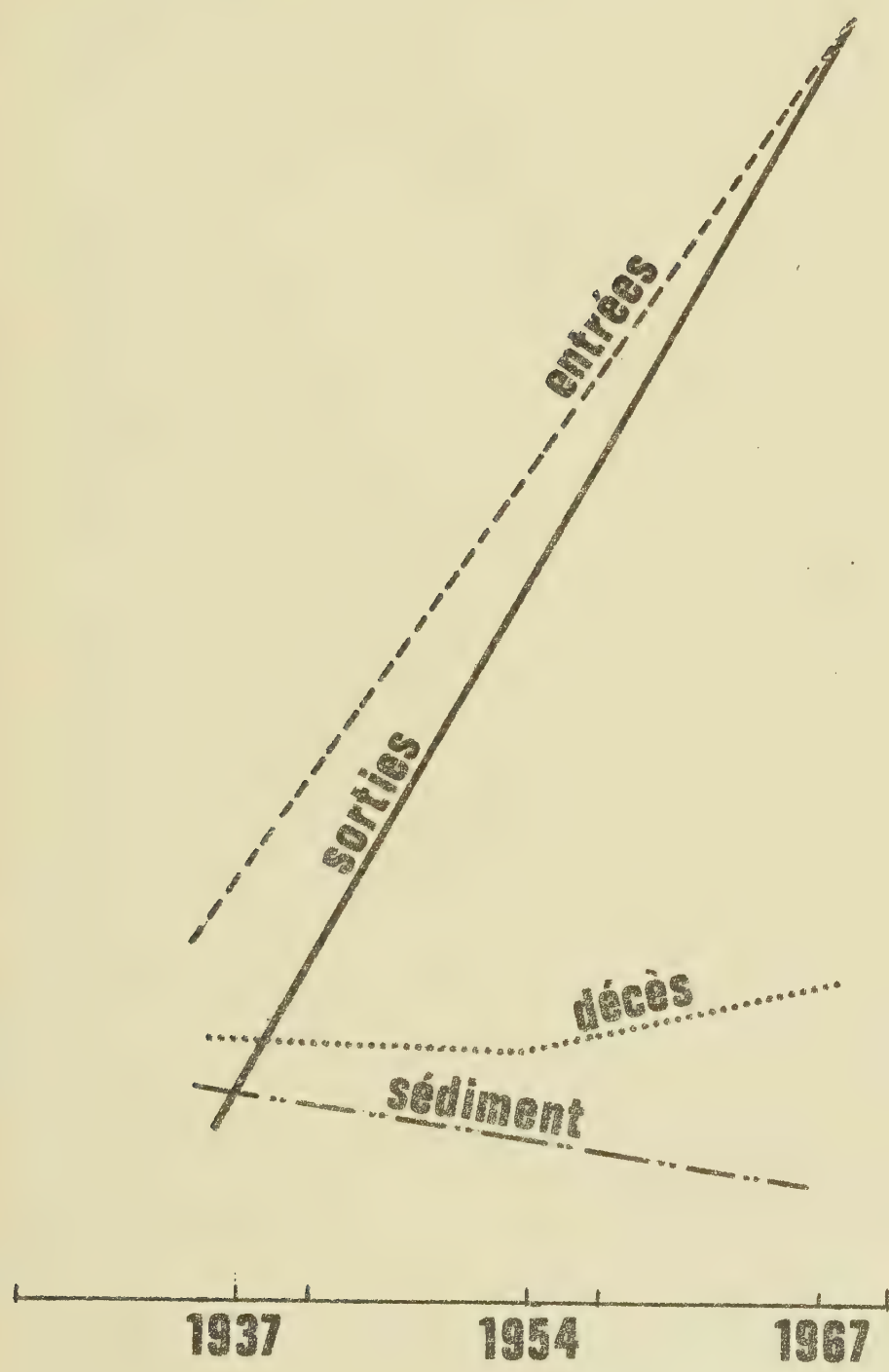


Variation du mouvement hospitalier

	Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
1921-1937	848	319	293	236
1938-1954	+ 941	+ 983	- 12	- 46
1955-1967 ^x	+ 984	+ 973	+ 76	- 53
	+ 1922	+ 1956	+ 64	- 99

x Les chiffres en haut à gauche expriment la différence entre la 2ème tranche et la 3ème.
 Les chiffres en bas, à droite la différence entre la 3ème et la 1ère tranche.

VARIATION EN CHIFFRES BRUTS



Les tableaux que nous avons constitués nous font clairement apparaître les modifications qui se sont produites au cours des trois périodes envisagées.

Le nombre de malades entrées augmente considérablement puisqu'il passe de 248 à 1789 puis à 2770. Il s'agit là d'un phénomène remarquable qui ne peut pas s'expliquer seulement par une augmentation corrélative de la population départementale. Il faut y voir certainement le résultat de la démystification qui se produit au sein de la population, éteignant la répulsion ancestrale qu'inspirait la notion de malade mental. La création du service libre est intervenue également, facilitant les hospitalisations, notamment pour des formes mineures de pathologie.

Ce qui apparaît plus extraordinaire encore est la variation du pourcentage des sorties. Lors de la première période il ne constitue que 37% du total, alors qu'il passe à 72% au cours de la seconde puis à 82% au cours de la troisième. Comme nous aurons l'occasion de le voir plus loin, la première période était constituée de façon importante de malades chroniques alors que ceux-ci ne représenteront plus qu'une faible fraction lors de la période qui nous concerne.

Le même résultat est obtenu pour le "sédiment" qui baisse progressivement de 29% à 12% puis à 5%. Nous avons donc obtenu une réduction très importante du lot de ces malades chronicisées qui demeurent à vie à l'intérieur des structures hospitalières et qui constituaient autrefois l'essentiel de la "clientèle" hospitalière.

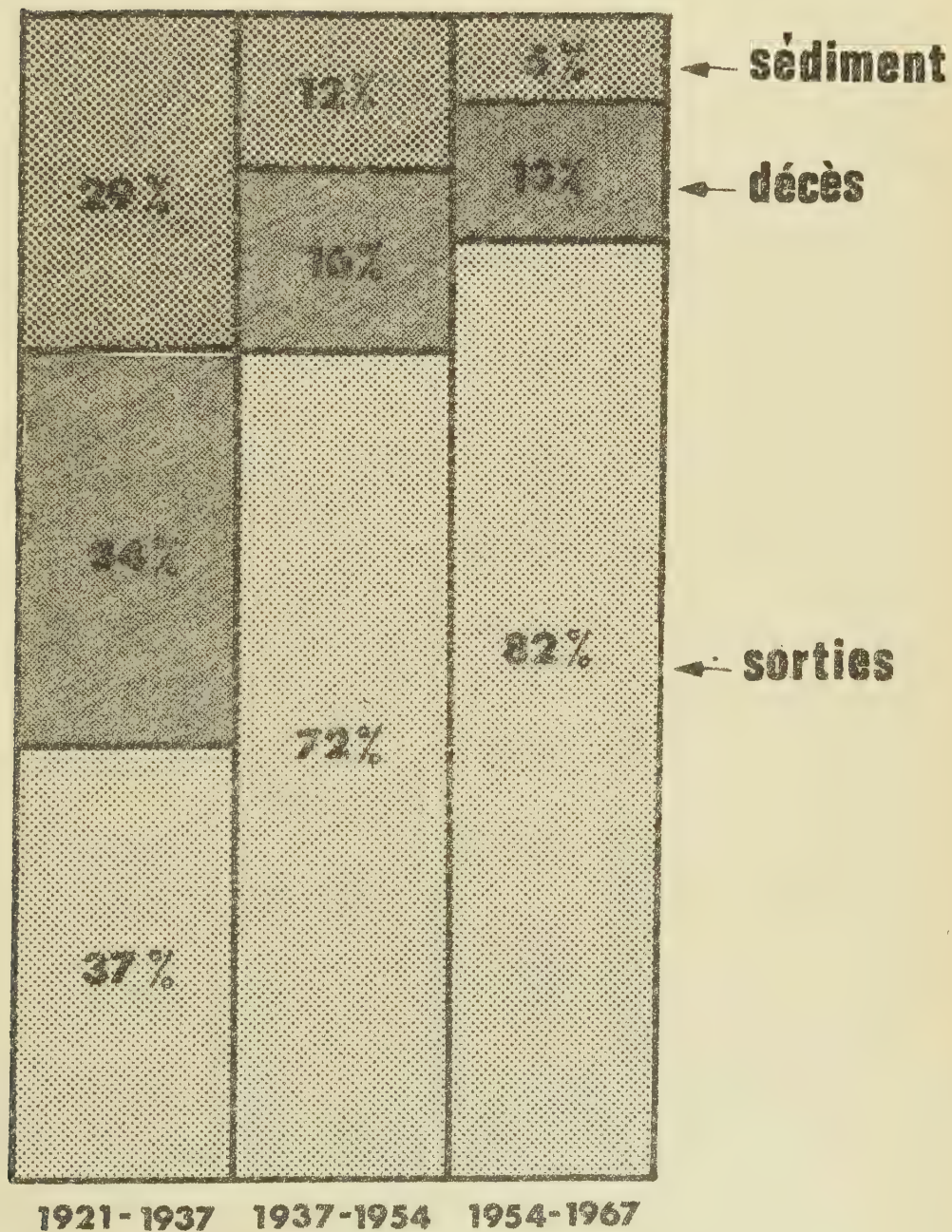
Expression en pourcentage

	Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
1921-1937	848	319	293	236
1938-1954	+ 110,9 %	308,2 %	- 4,0 %	- 19,4 %
1955-1967 ^x	+ 104,5 %	+ 74,7 %	+ 27,0 %	- 27,8 %
	226,6 %	613,1 %	+21,8 %	-41,9 %

x Les pourcentages en haut à gauche expriment les modifications entre la 3ème et la 2ème tranche, en bas, à droite, entre la 3ème et la 1ère tranche.

EVOLUTION DU MOMENT HOSPITALIER

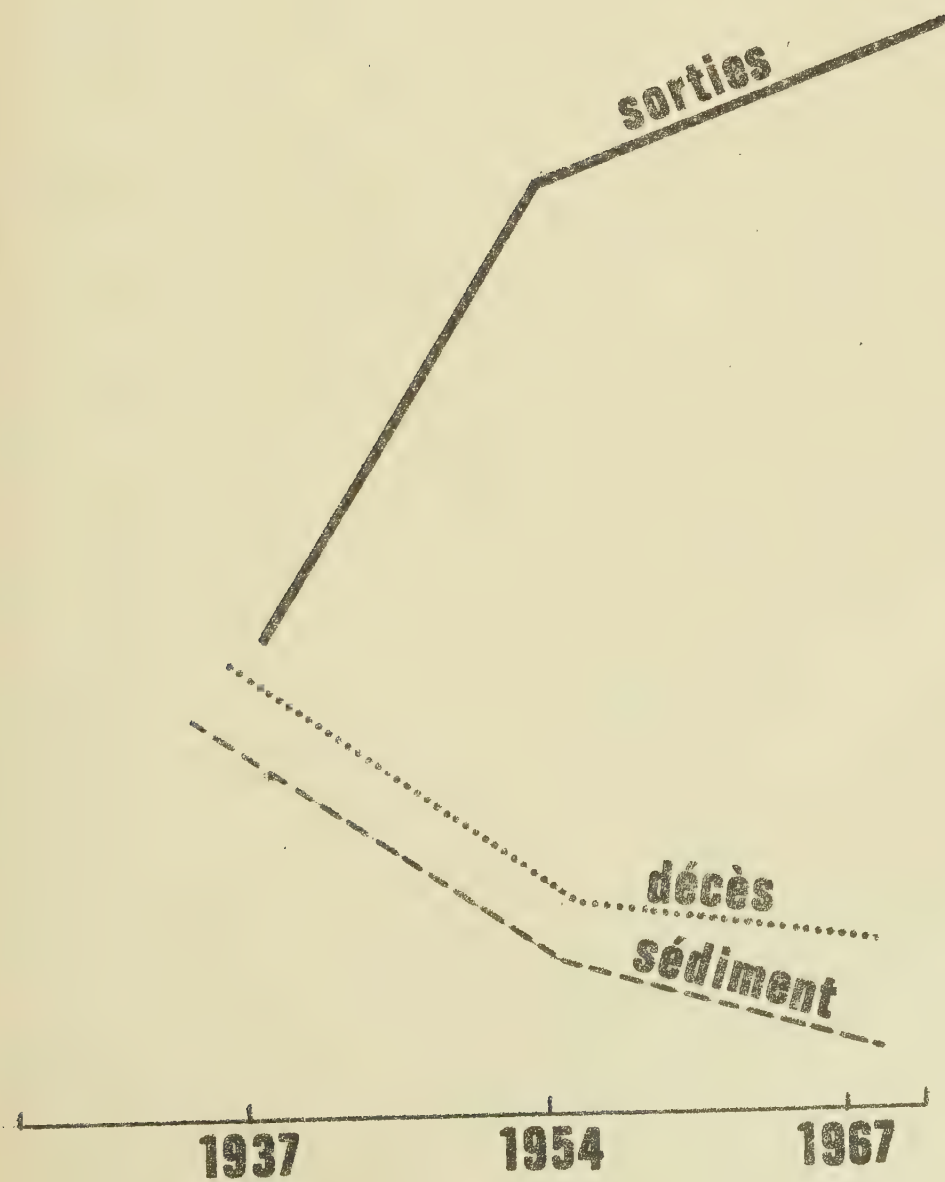
(EXPRESSION EN POURCENTAGE)



Variation des pourcentages

	Sorties	Décès	Sédiment
1921-1937	37 %	34 %	29 %
1938-1954	+ 35	- 18	- 17
	+ 94 %	- 52 %	- 58 %
1955-1967	+ 10	- 3	- 7
	+ 45	- 21	- 24
	+ 13%	-18%	- 58%
	+ 121%	- 61%	- 82%

VARIATION EN POURCENTAGE



La réduction des décès, après une descente importante, de 34% à 16%, c'est-à-dire une baisse de moitié, n'a que modérément progressé par la suite, 13%. Cependant, cette diminution est significative du point de vue statistique, car la comparaison des deux pourcentage donne $t = 3,03/$

Nous complétons ces quelques remarques par l'étude des variations relatives de ces modifications.

Si l'augmentation des sorties va croissant pour chaque série d'années étudiées, cette croissance n'est pas régulière. En effet, entre 1937 et 1954, l'accroissement effectif des malades guéries est de + 983, soit 308%, alors que de 1954 à 1967 il est de + 973, soit 74,7% ou si on le calcule par rapport au premier résultat, il est de 613%. Evidemment, le premier chiffre est fantastique, alors que le second, bien qu'encore appréciable est tout de même modéré. Cependant, nous remarquons que le chiffre brut des augmentations reste le même pour les deux comparaisons: 983-973, la différence étant due au plus grand nombre des entrées. Aussi avons-nous effectué le même calcul sur les variations de pourcentage. Les résultats obtenus sont bien différents et certainement plus intéressants que les précédents, car ils deviennent indépendants du nombre d'entrées.

Nous trouvons la confirmation de ce que nous avons déjà observé, à savoir l'augmentation plus importante dans la tranche que dans la troisième, mais cette différence y est tout de même moins considérable: + 94% à 13%.

Il apparaît clairement toutefois, que la transformation la plus importante s'effectue de 1937 à 1954, c'est-à-dire entre la période d'expectative et les périodes thérapeutiques. A partir du moment où le médecin dispose de méthodes pour entrer en contact avec le malade et s'intéresse à lui, nous observons un bond prodigieux de résultats.

Les neuroleptiques ont, bien sûr, apporté une amélioration dans le mieux, mais de façon moins brillante. Peut-être cette amélioration doit-elle être recherchée dans une mutation des effets, portant sur la qualité des résultats obtenus et non plus sur la quantité.

Nous retrouvons le même phénomène en ce qui concerne les décès. Diminution très importante lors de la première transition, - 52%, beaucoup moins forte lors de la seconde,

- 18%. Il est bien évident, et nous pouvons étendre cette réflexion à notre précédente observation, que la principale action favorable a été due au progrès de l'hygiène, l'introduction des antibiotiques n'améliorant que plus modérément la survie. Si nous reprenons les chiffres bruts, nous remarquons un fait curieux, la quantité plus forte de décès à la période dont nous nous occupons, plus forte que durant la première période même. Ce phénomène trouve son explication dans l'apport plus important des entrées, en particulier des états démentiels et des vieillards. Et également, au fait que les vieillards ne sont pas systématiquement rejetés dans les hospices ou abandonnés à leurs familles. La seule différence remarquable se situe entre la première période et la seconde, où la quantité de décès est moins importante, malgré la guerre. Ceci paraît dû au fait qu'à l'arrivée du Docteur EY, il sévissait dans le service une thyphoïde à l'état endémique, les soins d'hygiène étaient fort réduits.

Par contre sur ce que nous avons convenu d'appeler le sédiment la progression de la diminution reste constante - 58% pour les deux fois. Là, l'apport des neuroleptiques a été aussi important que les premières thérapeutiques, et a agi là où l'hygiène mentale était nettement insuffisante.

Cependant, même les neuroleptiques n'ont pu venir à bout d'un petit reste de malades confinées dans la vie hospitalière sans grand espoir de réintégration sociale, destiné à l'heure actuelle à passer ses jours au sein de l'hôpital.

Nous aurons l'occasion de voir plus loin comment se répartissent ces diverses catégories et quels sont les malades qui composent chacun des groupes, quelle forme de maladie est la plus sensible au traitement.

b) - Evolution comparative des populations hospitalières
et départementales.

Nous avons pu mettre en évidence, lors de la précédente étude comparative, l'augmentation importante du nombre des entrées. Avant de tirer une quelconque conclusion, il nous faut auparavant vérifier si cette augmentation du nombre des entrées n'est pas simplement due à l'augmentation du chiffre de la population.

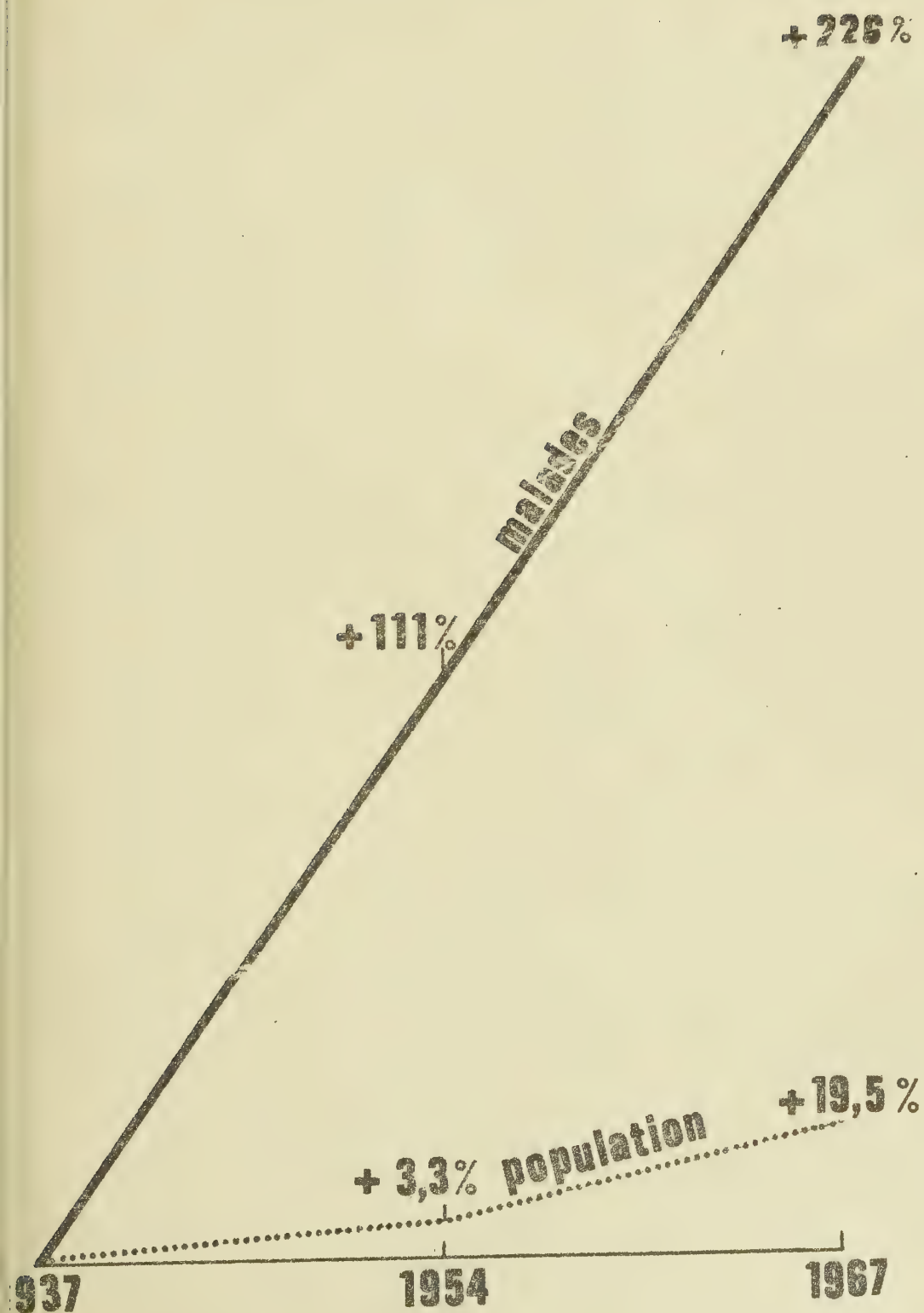
Grâce à une enquête effectuée par les services de la Préfecture de l'Eure et Loir et rapportée dans l'Echo Républicain, nous nous proposons de voir de ce qu'il en est de cette hypothèse.

Variation de la population du département

1936	1954	1968
252.690	261.035	302.207
	+ 8345	+41.172 ^x
		+49.517
	+ 3,3%	+15,7%
		+19,5%

x Les chiffres en haut à gauche expriment la comparaison entre la 3ème tranche et la 2ème. Ceux en bas à droite, entre la 3ème et la 1ère.

	1921-1937	1938-1954	1955-1967
Population	252.690	+ 8345	+41.178
		+ 3,3 %	+49.517
Malades	848	+ 941	+15,5 %
			+19,5 %
			+984
		+ 110,9 %	+1922
			+104,5 %
			+226,9 %



Nous voyons dès la première lecture qu'il n'y a pas de comparaison possible entre les résultats obtenus dans les deux populations.

En effet, lors de la deuxième période l'augmentation du nombre d'habitants est de 3,3% alors que pour une période à peu près équivalente, le nombre des entrées a grandi de 110,9%. Nous retrouvons les mêmes résultats pour la série suivante: 15,5% dans le département et 104,4% à l'Hôpital. La comparaison des pourcentages nous donne un résultat significatif.

Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la raison de l'accroissement des entrées. La création du service libre explique certainement une partie de cet afflux. Sûrement aussi le fait que nos moyens d'action étant plus efficaces, les personnes atteintes de troubles mentaux même modérés hésitent moins à se faire hospitaliser. Il est certain, d'autre part que la maladie mentale se débarrasse d'une partie de ses préjugés. L'assistance encore insuffisante, permet un dépistage plus intensif et sert d'intermédiaire entre la vie "civile" et la vie hospitalière. Peut-être aussi les conditions de vie urbaine plus traumatisante... .

Enfin, les généralistes nous adressent de plus en plus souvent leurs malades sans utiliser le subterfuge d'une hospitalisation en hôpital général. Une collaboration fort appréciable se développe entre ceux-ci et les psychiatres, collaboration dont le malade ne peut que bénéficier.

C. REPARTITION NOSOGRAPHIQUE

Après cette étude quantitative, qui nous a permis d'apercevoir les progrès apportés par l'introduction des diverses méthodes thérapeutiques, et rapportées sur 40 ans, nous nous proposons de savoir comment se répartissent les malades entrées entre 1954 et 1967, et quelles catégories constituent les contingents des "sorties", "décès", et ce que nous nommons "sédiment".

a) - CLASSIFICATION NOSOLOGIQUE

Nous avons réparti nos malades selon une classification personnelle inspirée par H. EY de préférence à la classification proposée par l'I.N.S.E.R.M. qui nous a paru trop compliquée. Nous l'avons réduite à huit groupes constitués sur une base nosologique. Cette solution posait des problèmes pour les plus limites cas frontières, mais elle avait l'avantage de la simplicité et de la clarté.

1) - Le premier groupe comprend les psychoses délirantes chroniques, selon la conception de l'école de CLAUDE. Cette catégorie renferme trois groupements nosologiques définis par la structure du délire:

a) - Le délire est bien systématisé et se comprend immédiatement: c'est l'ensemble des psychoses paranoïaques. Elles regroupent les délires d'imagination, les délires passionnels, les délires d'interprétation, les délires hallucinatoires et les délires hyposthéniques.

b) - Le délire est incohérent et n'est pas compréhensible rationnellement. Ce sont les psychoses paranoïdes. Selon le type de personnalité sous-jacente il se décompose en:

- schizophrénie où le délire repose sur une personnalité autistique, incohérente et dissociée.

c) - paraphrénie où le délire se juxtapose à une personnalité normale.

Cet ensemble sera abordé de façon plus précise dans un chapitre ultérieur.

2) - La deuxième catégorie sera constituée par les psychoses aiguës.

Sous ce vocable se regroupent divers états pathologiques qui correspondent, en fait, ainsi que l'a montré H. EY à des niveaux de destructuration de la conscience. Nous nous servons donc de sa classification pour différencier.

- La psychose maniaco-dépressive qui en représente le premier niveau, sera constitué: a) - des états maniaques d'origine endogène, en regroupant dans d'autres chapitres ceux qui sont symptomatiques d'une autre affection.

b) - de la même façon, nous ne garderons dans cette catégorie que les états dépressifs psychotiques s'inscrivant dans un contexte maniaco-dépressif. Il est bien évident que cette classification risque de se heurter à nombre de difficultés, car il y aura des états dépressifs atypiques qui, par exemple, oscilleront entre la névrose et la psychose et, qui selon les périodes pourraient être classés tantôt dans un groupe, tantôt dans l'autre. Ce risque sera partiellement évité par la loi des grands nombres qui le réduira au minimum.

- Les bouffées délirantes polymorphes telles qu'elles sont décrites dans la classification française (Magen). Nous ne mettrons pas dans ce groupe les formes qui sont symptomatiques d'une autre affection (entrée dans la démence, moment fécond d'une psychose chronique). Avec le recul que nous possédons dans certains cas, nous avons pu éliminer les pseudo-formes aiguës, ou remettre dans cette catégorie les cas à répétition qui n'étaient que des rechutes.

Enfin, les Etats Confusionnels qui représentent le niveau de destructuration le plus profond. Nous y incluons les cas de Délirium Tremens.

Nous aurons l'occasion d'étudier plus en détail dans la suite de notre travail, les mouvements de ces deux groupes.

3) - Le troisième groupe est composé de névroses. Sous cette rubrique nous mettons d'abord les psycho-névroses comme l'hystérie, la névrose phobique et la névrose obsessionnelle. Puis nous y adjoignons les états fragiles plus ou moins bien équilibrés qui se décompensent à l'occasion d'un traumatisme quelconque.

4) - Dans le quatrième nous avons inclus les états démentiels démence pré-sénile, sénile, artériopathique, la paralysie générale. Nous avons également intégré dans ce groupe des formes sémiologiques plus éloignées, mais qui ouvraient la porte à une démence sous-jacente qui se révélait de cette façon (état dépressif, syndrome délirant).

Nous avons aussi inclus dans cette catégorie des malades entrées pour une lésion organique (tumeur cérébrale, accidents circulatoires, etc...) dont les manifestations cliniques ne pouvaient être classées ailleurs.

5) - Le cinquième groupe est constitué par les états d'arriération. Nous y avons admis les malades dont le trouble essentiel était dû à la diminution des facultés intellectuelles.

6) - Le sixième groupe est plus particulier. Il s'intitule comitialité. En réalité ce groupe ne renferme que les épileptiques venues consulter pour équilibrer leur traitement sans présenter de symptômes psychiatriques majeurs. Les autres ont été ventilés dans leurs catégories respectives.

7) - Sous le nom de déséquilibrées caractérielles nous avons réuni les cas de toutes ces adolescentes qui présentaient des troubles du comportement avec mythomanie, intolérance aux frustrations, passages à l'acte, etc... . A côté de ces cas, nous ajoutons le groupe très restreint des perversions.

8) - Enfin dans le dernier groupe sont rassemblées les malades hospitalisées pour une cure de désintoxication. Nous avons appelé ce groupe éthylrique.

Nous n'avons pas inclus dans ce groupe les autres formes psychiatriques dues à l'éthylisme, comme les confusions, le syndrome de Korsakov, etc... qui ont été redistribuées dans les classes nosologiques auxquelles elles appartenaient.

Répartition nosographique de la population

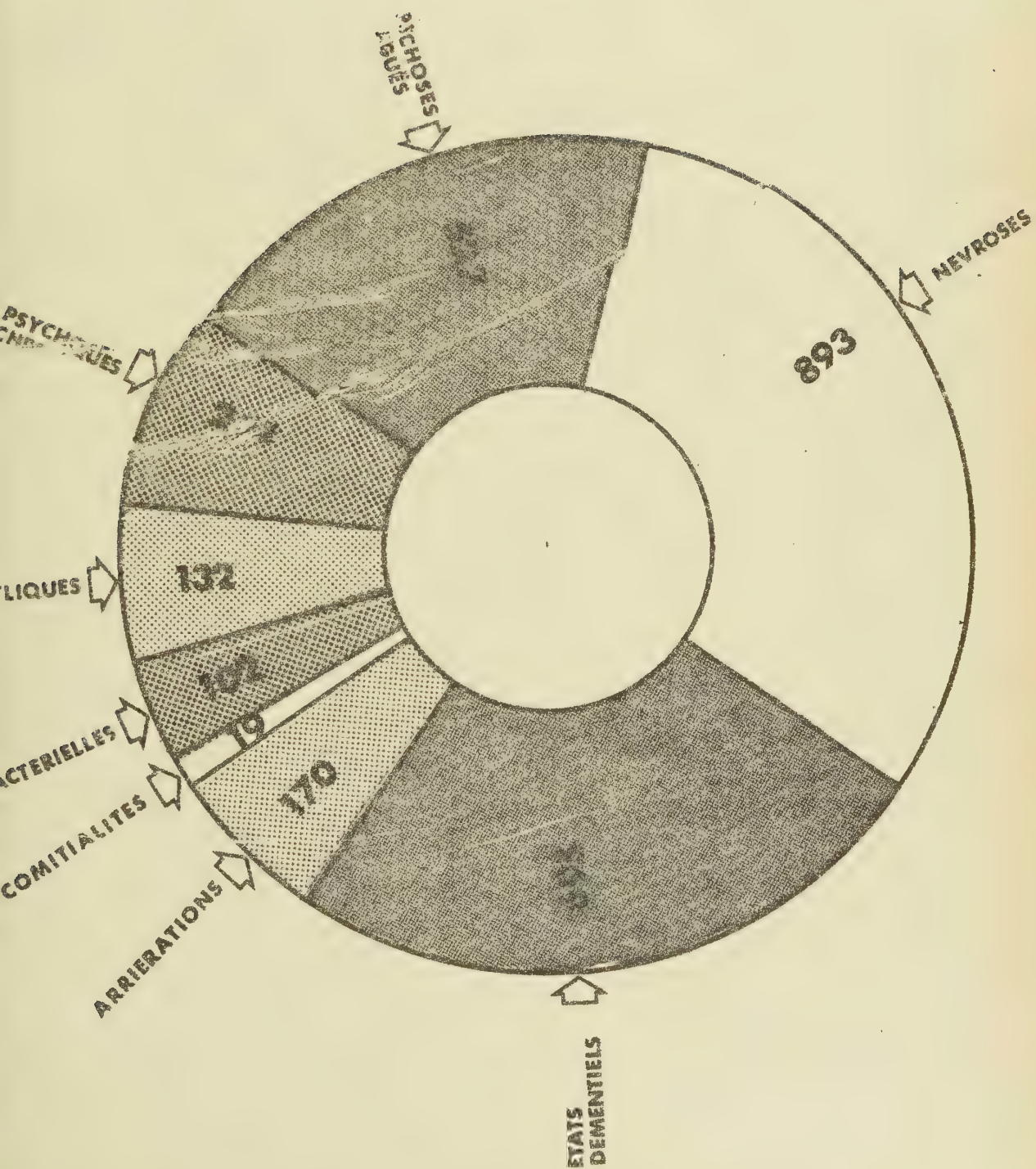
hospitalière de 1954 à 1967

	Entrées	Sorties	décès	Sédiment
Total	2770	2275	350	137
Psychoses chroniques	232	169	23	40
Psychoses aiguës	522	481	30	11
Névroses	893	893	-	-
Démences	700	363	292	45
Arriération	170	121	13	36
Comitialité	19	19	-	-
Caractérielles	102	100	-	2
Ethyliques	132	129	-	3

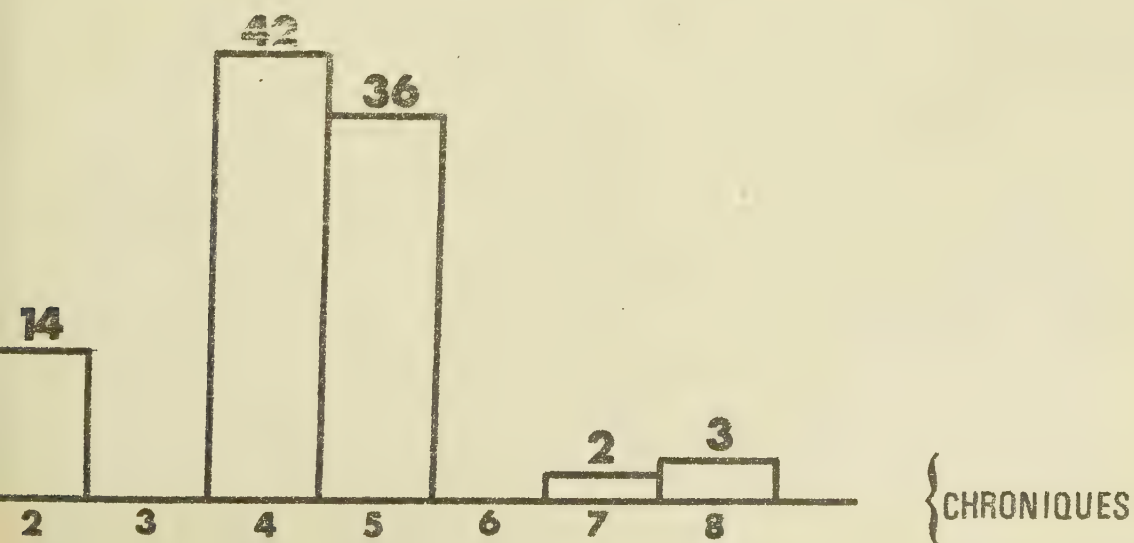
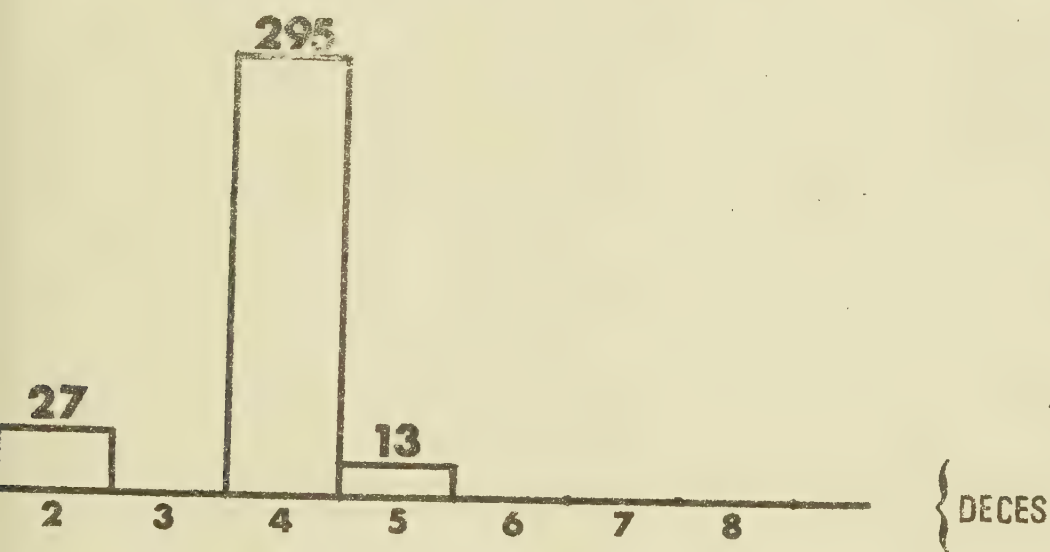
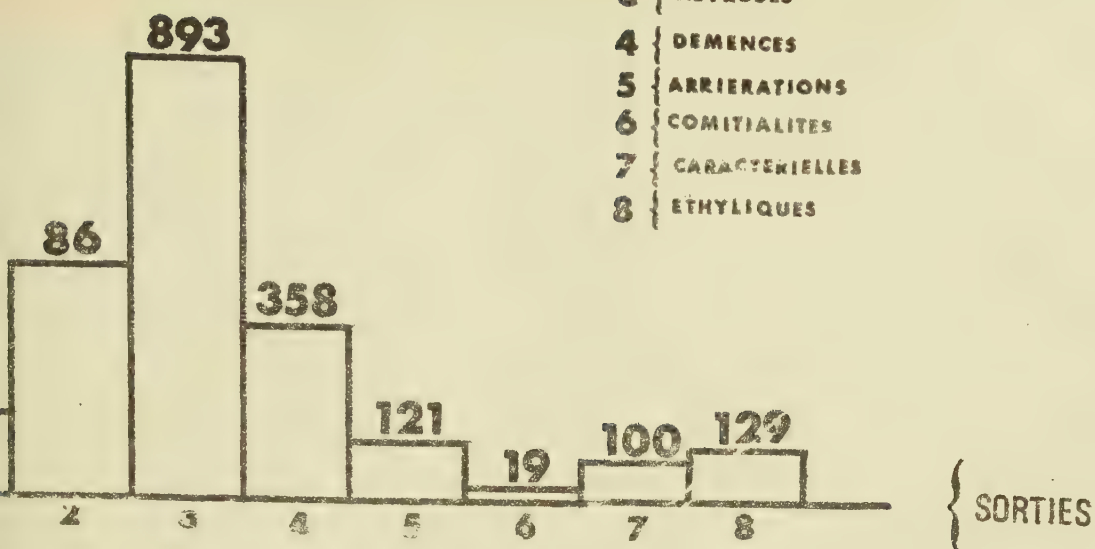
Répartition nosologique

Expression en pourcentage

	Entrées	Sorties	Décès	Sédiment
Total	2770	2275	353	137
Psychoses chroniques	8,3 %	7,4 %	6,4 %	29,1 %
Psychoses aiguës	18,8 %	21,1 %	8,3 %	8,0 %
Névroses	32,2 %	39,2 %	-	-
Démences	25,3 %	15,9 %	81,6 %	32,8 %
Arriération	6,1 %	5,3 %	3,6 %	28,2 %
Comitialité	0,6 %	0,8 %	-	-
Caractérielles	3,6 %	4,3 %	-	1,4 %
Ethyliques	4,7 %	5,6 %	-	2,1 %



- 1 | PSYCHOSES CHRONIQUES
- 2 | PSYCHOSES AIGÜES
- 3 | NEVROSES
- 4 | DEMENCES
- 5 | ARRIERATIONS
- 6 | COMITIALITES
- 7 | CARACTERIELLES
- 8 | ETHYLIQUES



b) - ANALYSE DES RESULTATS DANS CHAQUE CATEGORIE HOSPITALIERE

a) - Entrées - Nous nous apercevons d'emblée que dans l'analyse de ces catégories, un premier groupe émerge, celui des Névroses, qui totalise 893 malades soit 32,2% des entrées. Nous rappelons que sous ce vocable se groupent les psycho-névroses et les états dépressifs d'origine névrotique. Ceci n'est pas pour nous surprendre, car nous avons tous constaté l'augmentation du nombre de ce type de malades. Chez nous, elle est la conséquence directe de l'ouverture déjà plus ancienne, certes, du service libre qui permet d'offrir à ces malades un visage plus souriant de l'hôpital. D'un autre côté l'importance de cette forme de pathologie est peut-être la résultante des modifications de la vie moderne, plus stressante, qui favorise plus souvent la décompensation d'un équilibre précaire, qui en d'autres circonstances ne se serait pas produit. Nous devons faire intervenir également le rôle de la démystification qui est entrepris depuis de longues années, et qui commence à porter ses fruits: on a moins peur de venir à l'hôpital psychiatrique!

Le second groupe en ordre d'importance est celui des états démentiels, avec 700 malades soit 25,3% des entrées. Il est vrai que dans cette catégorie nous regroupons des manifestations mineures de cette maladie: ce qui grossit le total: C'est là, une évolution inéluctable nous semble-t-il. De plus en plus, les états démentiels formeront le contingent essentiel de l'hôpital, de même que les états d'arriération. Il semble que ce phénomène soit dû au type de vie actuelle. D'une part, les familles acceptent avec plus de réticence de garder chez elles leurs malades, qui, il faut le dire, peuvent occasionner de graves ennuis, d'un autre côté les hôpitaux généraux, qui servaient autrefois de refuges à ces malades, n'ont plus la possibilité matérielle de les garder.

Remarquons que les deux groupes nosologiques que nous venons de voir représentent plus de 50% des entrées c'est-à-dire plus de la moitié.

Le troisième groupe à venir ensuite est celui des psychoses aiguës, avec 522 malades, soit 18,6% du total. C'est un chiffre fort. Peut-on penser que ce trouble soit aussi une forme de décompensation comme le sont les états dépressifs névrotiques.

Par contre les psychoses chroniques et les arriérations n'ont qu'un pourcentage faible: 8,3% et 6,1%. Nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur la signification de ce chiffre. Pour ce qui est des arriérées, nous sommes finalement surpris de cette si faible incidence. Heureusement, ces malades ne sont pas véritablement nombreux mais nous aurions pu penser qu'ils afflueraient dans nos services étant donné l'insuffisance de centres spécialisés pour les accueillir.

Nous ne trouvons pas beaucoup d'éthylés dans nos résultats. Plusieurs remarques s'imposent. Nous avons groupé dans ce lot seulement les malades venues se faire désintoxiquer, classant dans les autres catégories les manifestations psychiatriques de cette intoxication. D'autre part, l'Europe du Nord n'est pas un pays vinicole, de plus nous recrutons les malades de la population uniquement féminine.

b) - Sorties - Ce sont encore les états névrotiques qui viennent en tête avec 39,9% du total. Leur plus grande adaptation... ou le caractère plus bénin des troubles observés chez ces malades permet d'obtenir une guérison plus facile.

- Le groupe qui vient ensuite par ordre d'importance est celui des psychoses aiguës avec 486 malades, soit 21,3% des sorties.

Ces deux groupes représentent 60,5% de toutes les malades resocialisées, c'est-à-dire leur importance. Aussi pouvons-nous penser que c'est sur ces formes de pathologie, qui sont aussi les plus nombreuses que l'action des divers moyens thérapeutiques est la plus efficace. L'analyse du mouvement à l'intérieur de chaque catégorie viendra compléter cette observation.

- Nous voyons apparaître ensuite le groupe des Etats démentiels avec 358 malades, soit 15,7%. Ce résultat peut provenir de deux ordres de faits, le premier étant la survie plus importante des malades grâce à la modernisation des services et une meilleure stabilisation des troubles dus aux nouvelles thérapeutiques, le second étant la conséquence de l'importance des entrées. En effet, les états démentiels arrivent au second rang, après les états névrotiques.

D'autre part, comme cette catégorie regroupe des malades prises au tout début des manifestations pathologiques, il n'est pas étonnant que les résultats soient bons. D'ailleurs, si nous comparons le pourcentage de sorties par rapport au chiffre d'entrée dans cette classe, avec celui des autres types de malades, nous constatons qu'il n'est que de 51,5%, chiffre le plus bas des sorties.

c) - Décès - L'examen de la répartition des décès nous montre que les états démentiels en constituent les 82,4% c'est-à-dire presque la totalité.

Le reste se répartit à peu près régulièrement entre les psychoses chroniques, 6,4%, les psychoses aiguës, 7,5% et les états d'arriération 3,6%. Il est remarquable que ces derniers soient en aussi faible nombre. Les causes de mortalité, chez ceux-ci, étaient en partie dues aux diverses infections qui ont été stoppées maintenant grâce à l'hygiène et aux antibiotiques, un peu de la même façon que la mortalité infantile a régressé.

L'absence de décès dans les autres catégories vient témoigner également des améliorations des conditions de vie hospitalière.

d) - Sédiment - Enfin la colonne des chroniques nous montre une répartition différente. En effet, trois tranches se séparent nettement des autres:

- les psychoses chroniques avec 40 malades, soit 29,1%. Ils représentent encore à l'heure actuelle et malgré les progrès des soins, le plus fort pourcentage et ce, en dépit du faible nombre des entrées. C'est sans aucun doute là, que nous éprouvons les plus grandes résistances dans les succès thérapeutiques.

- Les états démentiels avec 42 malades, soit 30,5%. Cela nous ne étonne pas outre mesure, et nous sommes même surpris de ce nombre si faible. Car c'est bien là l'avenir de l'ancien asile, sa transformation en hospice psychiatrique, qui deviendra le centre d'hébergement des vieillards, agités que refusent de garder et les hôpitaux généraux et les familles.

Cette situation est du reste partagée par les Etats d'arriération. La pénurie de maisons spécialisées, le sous-équipement de la plupart d'entre-elles, font qu'un grand nombre de ces malades aboutissent dans nos services. La complexité croissante de la vie sociale; l'intolérance grandissante des familles nous interdit leur resocialisation.

Ces malades sont ainsi condamnées à finir leurs jours dans les hôpitaux psychiatriques.

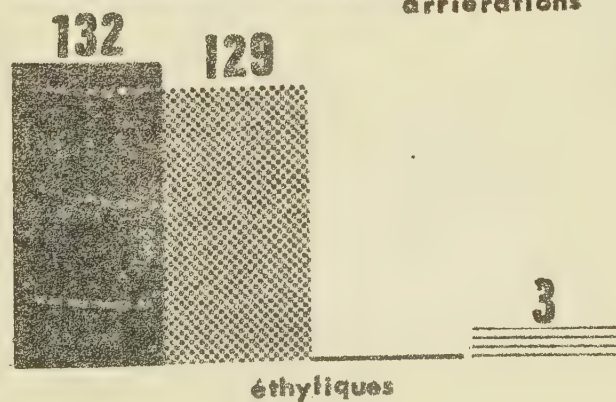
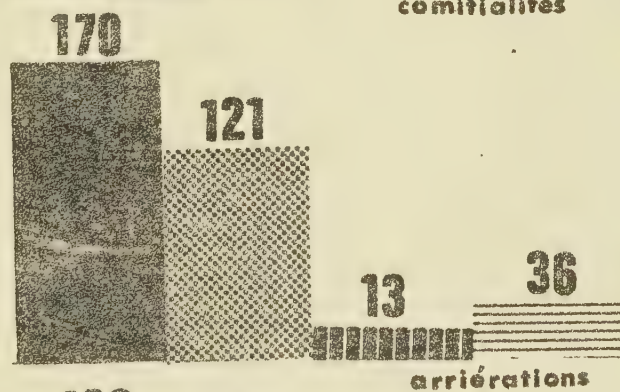
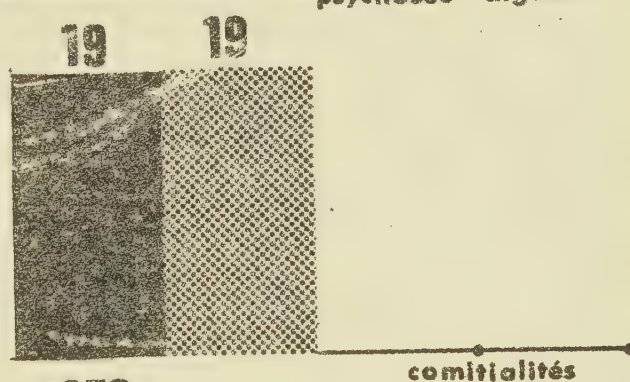
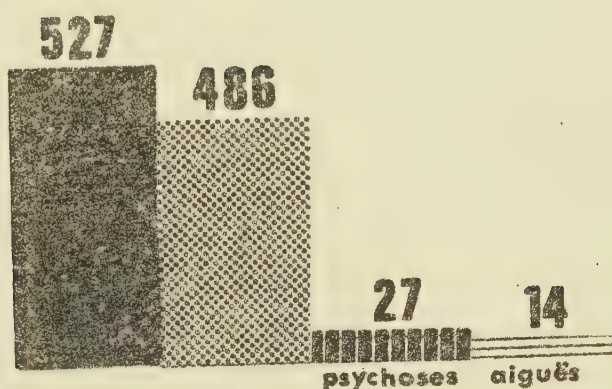
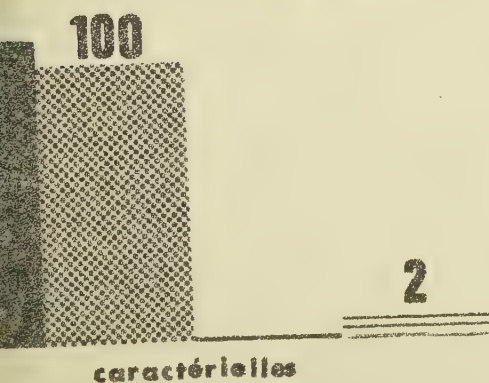
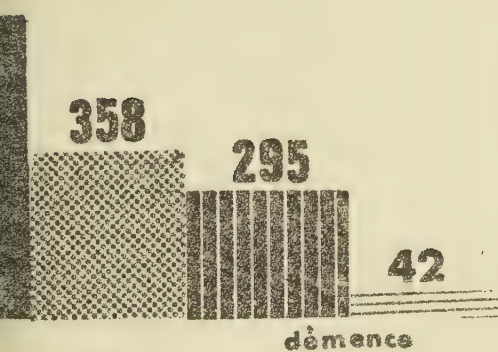
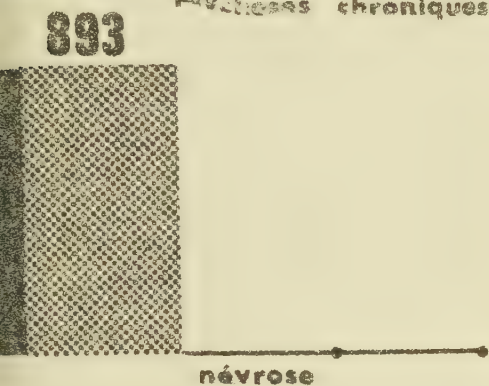
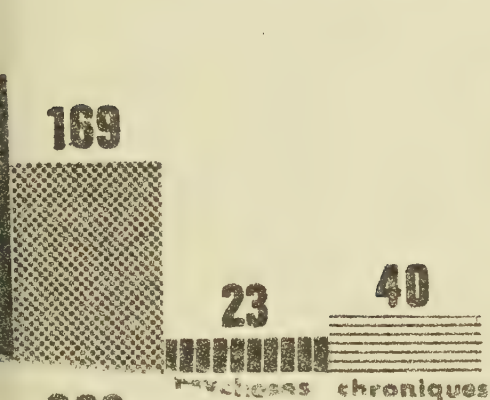
Avant de passer à l'étude suivante, qui concerne la répartition des malades à l'intérieur de chaque classe nosologique, nous présentons un histogramme qui donnera un aperçu rapide de la situation.

C. ANALYSE DES RESULTATS DANS CHAQUE CLASSE NOSOLOGIQUE.

Comment se répartit le mouvement hospitalier
à l'intérieur de chaque groupe.

Dans quelle catégorie l'effet des thérapeutiques
a-t-il été le plus efficace?

	Entrées	Sorties	Décès	Sédiment
Total	2770	82,4 %	12,8 %	4,8 %
Psychoses chroniques	232	72,3 %	9,9 %	17,2 %
Psychoses aiguës	522	92,1 %	5,7 %	2,2 %
Névroses	893	100 %	-	-
Démences	700	51,8 %	41,7 %	6,5 %
Arriération	170	71,1 %	7,8 %	21,1 %
Comitialité	19	100 %	-	-
Caractérielles	102	98,1 %	-	1,9 %
Ethyliques	132	97,7 %	-	2,3 %



Nous avons pris comme référence la répartition moyenne des malades dans chaque état hospitalier. Dans l'ensemble le pourcentage des sorties est très élevé, atteignant le maximum pour les états névrotiques, où toutes les malades entrées sont sorties. Bien sûr nous nous attendions à ce résultat. Comme nous l'avons souligné, il s'agit de cas relativement bénins, de petits états dépressifs névrotiques. Ils peuvent être parfois plus graves, et c'est pourquoi nous pouvons insister, à juste titre sur la faible quantité des suicides.

Nous arrivons au même résultat avec les comitiales, qui nous le rappelons, ne sont constituées que de malades venues pour équilibrer leur traitement. Aussi le contraire nous aurait étonné.

A l'inverse le chiffre le plus bas est celui des démences, 51,5% associé à un pourcentage élevé de mortalité, 42,5%. Nous trouvons donc dans ce résultat la confirmation de ce que nous disions plus haut, à savoir que le pourcentage précédent n'était élevé qu'en proportion du nombre important de sorties.

Il reste encore deux groupes nosologiques en dessous de la moyenne générale: les psychoses chroniques qui possèdent nous l'avons vu, un fort contingent de malades encore hospitalisées, et les arriérées qui sont dans la même situation. Ceci complète bien ce que le précédent tableau nous avait montré, l'importance que risque de prendre à l'avenir dans la population hospitalière ce groupe de malades.

D. REPARTITION CHRONOLOGIQUE DES ENTREES.

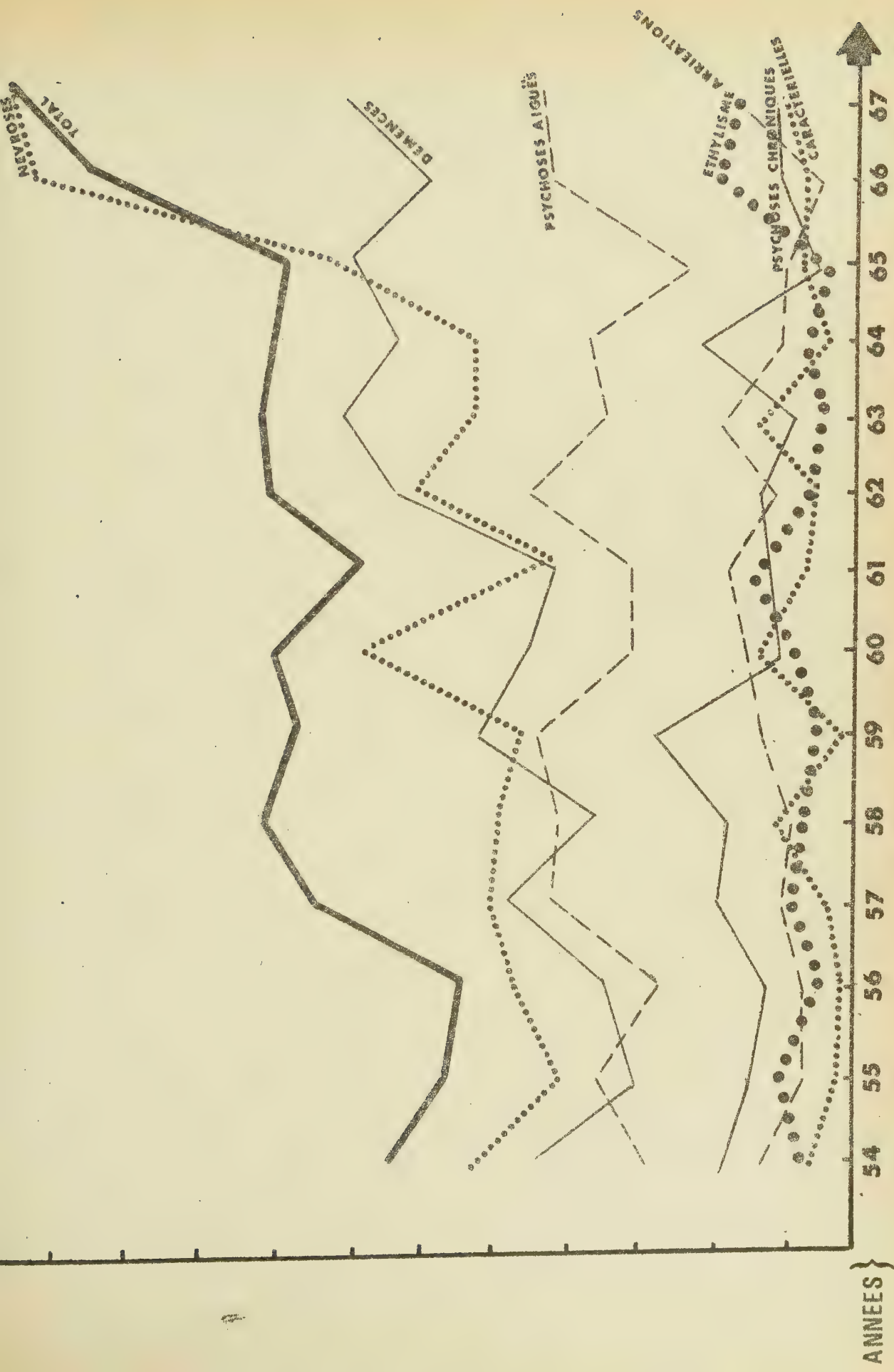
Après cette étude générale et synchronique, nous nous proposons d'établir une coupe diachronique et de dégager les différents éléments susceptibles de nous apporter des renseignements intéressants.

Nous complétons cette étude par une analyse statistique.

Répartition des entrées par années

	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Total	169	145	142	184	209	194	201	173	212	219	211	204	273	291
Psychoses chroniques	19	15	13	20	20	28	13	14	14	10	23	8	12	14
Psychoses aiguës	30	34	28	42	42	45	31	31	45	39	40	26	44	45
Névroses	51	41	48	51	51	47	69	46	64	56	56	75	115	113
Démences	43	32	36	50	37	52	48	42	63	72	65	70	62	73
Arriération	12	7	7	10	10	13	14	17	12	20	12	11	9	16
Comitialité	0	2	1	1	1	2	3	1	1	1	2	0	2	3
Caractérielles	6	3	3	5	11	2	13	8	5	14	5	8	8	12
Ehylisme	8	11	6	5	8	5	10	14	8	7	8	6	21	15

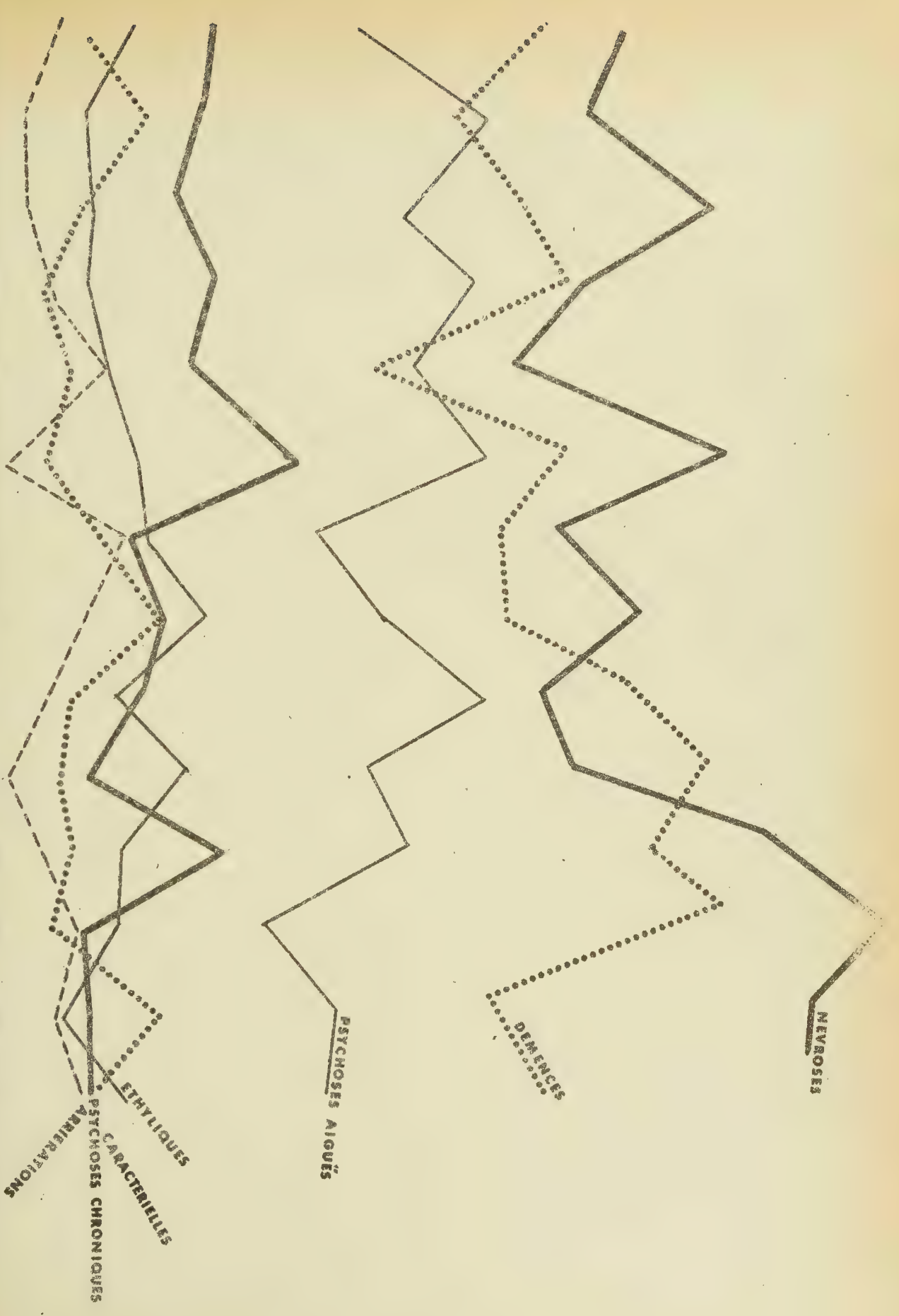
	Moyenne	Variance
Psychoses chroniques	16	29
Psychoses aiguës	37	48
Névroses	63	253
Démences	53	201
Arriération	13	26
Comitiales	1,4	2
Caractérielles	8	23
Ethyliques	9	29
Total	202	1742



	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Total	169	145	142	184	209	194	201	173	212	219	211	204	273	291
Psychoses chroniques	11,2%	10,3%	9,1%	10,8%	9,5%	14,4%	6,5%	8,1%	6,7%	4,5%	10,9%	3,9%	4,4%	4,8%
Psychoses aiguës	17,7%	23,4%	19,7%	22,8%	20,1%	23,1%	15,4%	17,9%	21,4%	17,8%	18,9%	12,7%	16,1%	15,4%
Névroses	30,1%	28,2%	33,8%	27,7%	24,4%	24,2%	34,3%	26,6%	30,2%	25,6%	26,5%	36,8%	42,1%	38,8%
Démences	25,4%	22,3%	25,3%	27,1%	17,7%	26,8%	23,9%	24,3%	29,8%	32,9%	30,8%	34,3%	22,7%	25,1%
Arriération	7,1%	4,8%	4,9%	5,4%	4,8%	6,7%	6,9%	9,8%	5,7%	9,1%	5,7%	5,4%	3,3%	5,5%
Comitiales	0%	1,3%	0,7%	0,5%	0,4%	1,0%	1,5%	0,6%	0,5%	0,4%	0,9%	-	0,7%	1,0%
Caractérielles	3,5%	2,9%	2,1%	2,7%	5,2%	1,0%	6,5%	4,6%	2,3%	0,4%	2,3%	3,9%	2,9%	4,1%
Ethyliques	4,7%	7,5%	4,2%	2,7%	3,8%	2,6%	4,9%	8,1%	3,8%	3,2%	3,8%	2,9%	7,7%	5,1%

	Moyenne	Variance
Psychoses chroniques	8,32	10,72
Psychoses aiguës	18,74	10,42
Névroses	30,6	31,8
Arriération	6,1	3,0
Comitiales	0,7	0,2
Caractérielles	3,0	2,6
Ethyliques	4,6	3,5
Total	202	1742

54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 { ANNEES



Nous avons constitué deux analyses. L'une portant sur le chiffre brut des entrées par années, l'autre donnant la même répartition, mais en pourcentage.

Pour chaque groupe nosologique nous avons calculé la variance et la moyenne, ce qui nous permettra de comparer chaque catégorie les unes aux autres, de façon plus précise.

Nous obtenons dans les deux types de résultat le même aspect général, les entrées se répartissent en deux paquets distincts, le premier dont les chiffres sont les plus élevés, comprend les Névroses, les Etats démentiels et les psychoses aiguës. Ceci est normal, puisque ces trois catégories présentaient le nombre d'entrées le plus grand. Le second groupe le reste, qui nous donne des résultats assez voisins.

Les moyennes reflètent bien sûr cette constatation, mais la comparaison des variances nous donne des renseignements plus intéressants.

Deux groupes présentent une variance élevée et dont la comparaison est significative, ce sont les névroses et les états démentiels: 31,8 et 19,9 pour le calcul en pourcentage, et 253 et 201 en chiffres bruts. Le résultat élevé nous indique que en plus d'une moyenne forte, les entrées ne sont pas régulières et nous le constatons sur les graphiques qui nous montrent que nous avons affaire à un accroissement progressif du nombre des entrées.

Par contre, pour les psychoses aiguës, où la moyenne est relativement élevée, la variance est basse, plus proche des autres. La comparaison avec la variance des démences nous donne $\{ = 4,1$ ce qui est significatif. Le nombre des entrées des psychoses aiguës n'a pas varié de façon significative.

En conclusion à cette première partie, nous pouvons donc dire que l'hôpital psychiatrique s'ouvre sans cesse vers une forme de pathologie moins grave que celle que l'on était habitué à y rencontrer, et qu'en conséquence de ce phénomène la possibilité de guérir ces malades était accrue.

Une des raisons de ce courant de sympathie pour notre centre tient dans les progrès apportés aux méthodes de soins qui ont littéralement révolutionné la conception jusqu'alors régnante sur la maladie mentale.

La comparaison de nos observations avec les travaux antérieurs nous a permis de visualiser ces affirmations en montrant l'accroissement prodigieux des sorties et la réduction très appréciable du nombre des décès intra-hospitalier et des malades déclarées incurables.

Nous avons pu voir également la place de plus en plus grandissante qu'occupent les névroses et les psychoses aiguës, formes parmi les plus sensibles à l'action thérapeutique. Mais d'un autre côté nous sommes destinés à être envahis par les états démentiels et les arriérations qui ne peuvent pas trouver d'autres issues que celle d' l'hospitalisation en maison psychiatrique.

Enfin cet essort s'est fait aux dépens des psychoses délirantes chroniques qui ne représentent plus à l'heure actuelle que 8% des malades hospitalisées. Et c'est dans cette catégorie que nous trouvons le chiffre de sédiment le plus élevé.

III. PSYCHOSES AIGUES

Nous nous proposons, maintenant, d'étudier de façon plus précise le groupe des psychoses aiguës. Nous voulons aborder sous cette appellation des états de destruction transitoire de la conscience, s'effectuant à des niveaux différents, ainsi que l'a montré H. EY.

Selon la profondeur de cette atteinte, nous pouvons décrire trois types nosologiques:

a) - Les états maniaques et mélancoliques qui se réunissent souvent en cycles pour constituer la psychose maniaco-dépressive.

b) - les bouffées délirantes polymorphes ou psychoses délirantes aiguës survenant isolées ou en bouffée posant alors le problème d'une relation avec le groupe précédent.

c) - enfin les états confuso-oniriques qui représentent le niveau d'atteinte le plus profond.

Nous avons souvent eu beaucoup de peine à démêler ces trois diagnostics, car un nombre appréciable de malades a présenté successivement ces trois formes au cours d'accès différents. Il est des cas où il était plus facile de les classer "psychoses aiguës".

Nous donnerons pour chaque groupe un premier aperçu général, répartissant les malades en différentes catégories avec leurs expressions en pourcentage. Ensuite nous présenterons un tableau des récurrences, avec la moyenne des entrées et leur variance, ce qui nous permettra de les confronter avec les autres groupes. Puis nous analyserons la répartition du temps d'hospitalisation, en prenant la semaine comme unité de temps.

Dans un deuxième temps nous aborderons la répartition des malades par année, puis par âge de première entrée donnant pour ces deux études le nombre d'hospitalisations et la durée.



PRESENTATION GENERALE

Cette présentation générale nous permet de voir que la répartition des trois groupes au sein de cette catégorie n'est pas égale. Il y a une nette prédominance du groupe des psychoses maniaco-dépressive par rapport aux autres. Avec 224 malades, il représente 42,9% des entrées. Cette différence est nettement significative, puisque la comparaison avec le chiffre le plus proche donne $\chi^2 = 2,50$. Par contre, il n'y a pas un gros écart entre les deux autres ($\chi^2 = 1,55$). Malgré la sévérité de notre tri, nous obtenons un pourcentage encore élevé de ce groupe.

Nous retrouvons une répartition à peu près identique pour les malades sorties, ce qui nous permet déjà d'affirmer que la proportion des sorties est la même pour les trois maladies.

Par contre la modification est nette dès que nous abordons les décès et les chroniques. En effet, la catégorie des états confusionnels et celle de la psychose périodique groupent presque la totalité des malades décédées dans le service. La mortalité est très faible pour les bouffées délirantes.

D'une façon générale la quantité de malades toujours hospitalisées est très faible dans les trois classes avec cependant une nette prédominance pour les maniaco-dépressives.

Nous indiquerons ici les traitements qui ont pu être employés au cours de ces 14 ans.

Loin d'abandonner les anciennes méthodes, nous utilisons encore relativement fréquemment l'électro-choc, notamment dans les mélancolies et les états confusionnels, avec d'excellents résultats.

Dans la mélancolie, conjointement au choc nous employons les anti-dépresseurs. D'abord les I. M. A. O. qui ne sont plus utilisés actuellement dans le Service, puis les dérivés des iminodibenzyles et de l'aminotryptiline. Le plus souvent ces médicaments sont associés à des neuroleptiques à effets anxiogènes (NOZINAN).

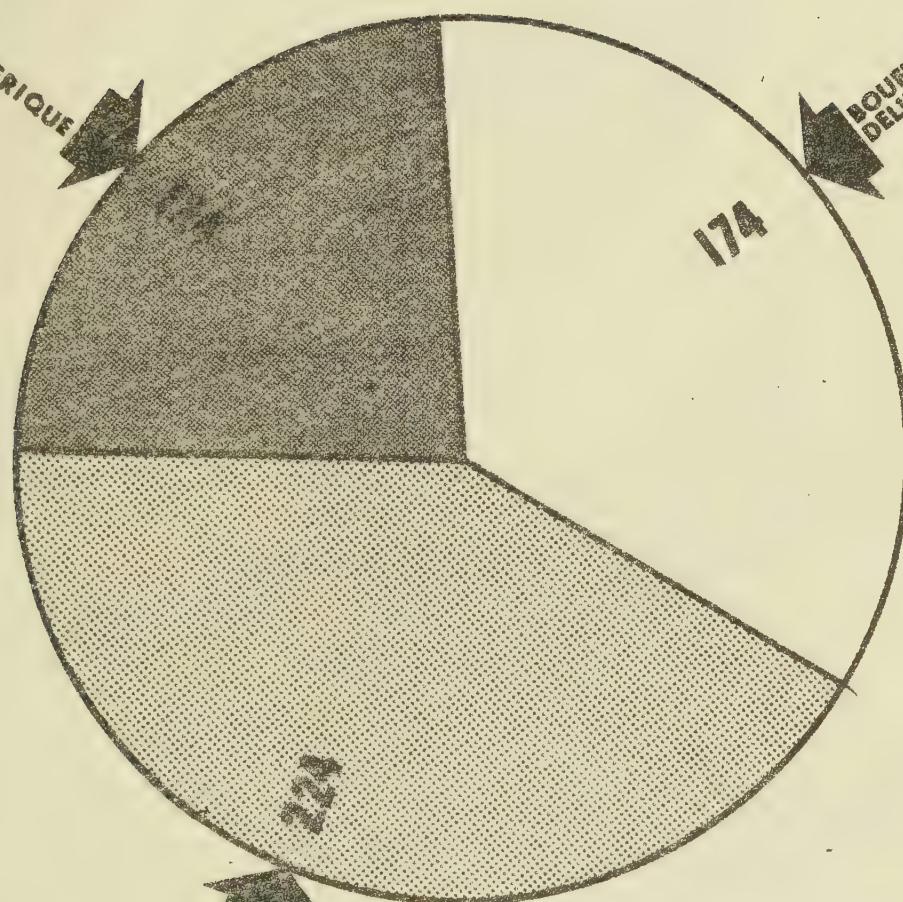
Pour les autres formes nosologiques, nous nous servons des neuroleptiques avec un certain penchant pour les associations qui évitent l'emploi de doses trop importantes et diminuent les effets secondaires.

Répartition des psychoses aiguës

	Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
Psychoses aiguës	522	481	30	11
Confusion	124	110	13	1
Psychose maniaco- dépressive	224	201	13	10
Bouffées délirantes	174	170	4	0

PSYCHOSES AIGÜES (nombre d'entrées)

ÉTATS
CONFUSO-ONÉRIQUE

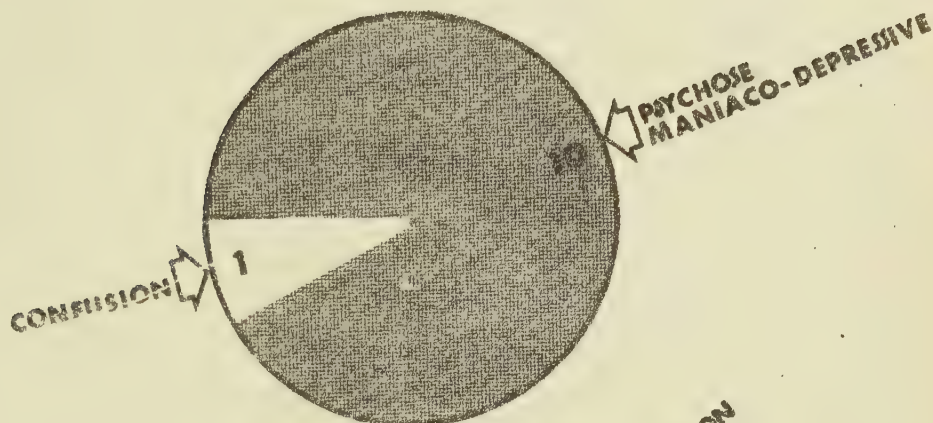


BOUFFÉE
DELIRANTE

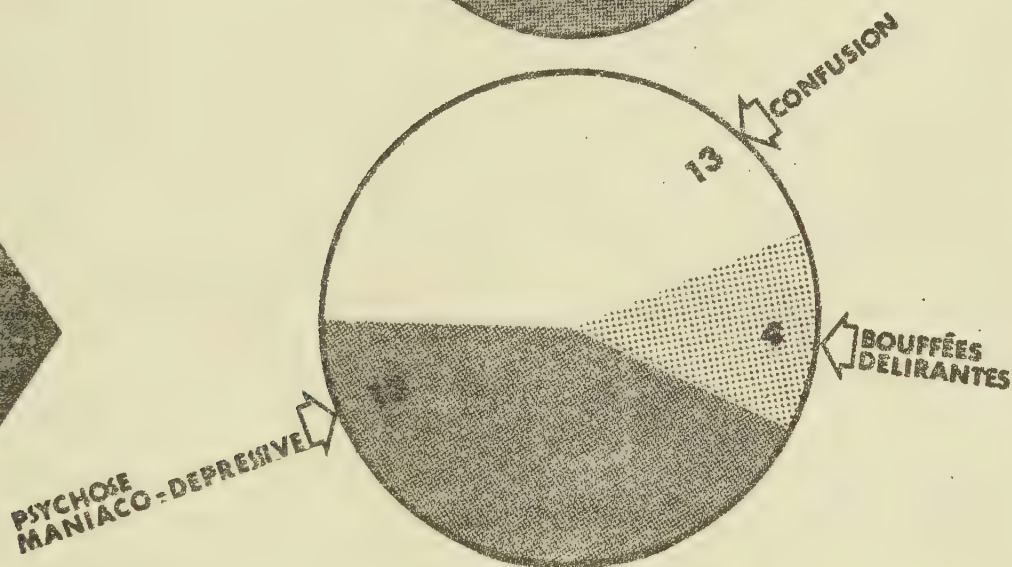
PSYCHOSE
MANIACO-DEPRESSIVE

PSYCHOSES AIGÜES (répartition comparative)

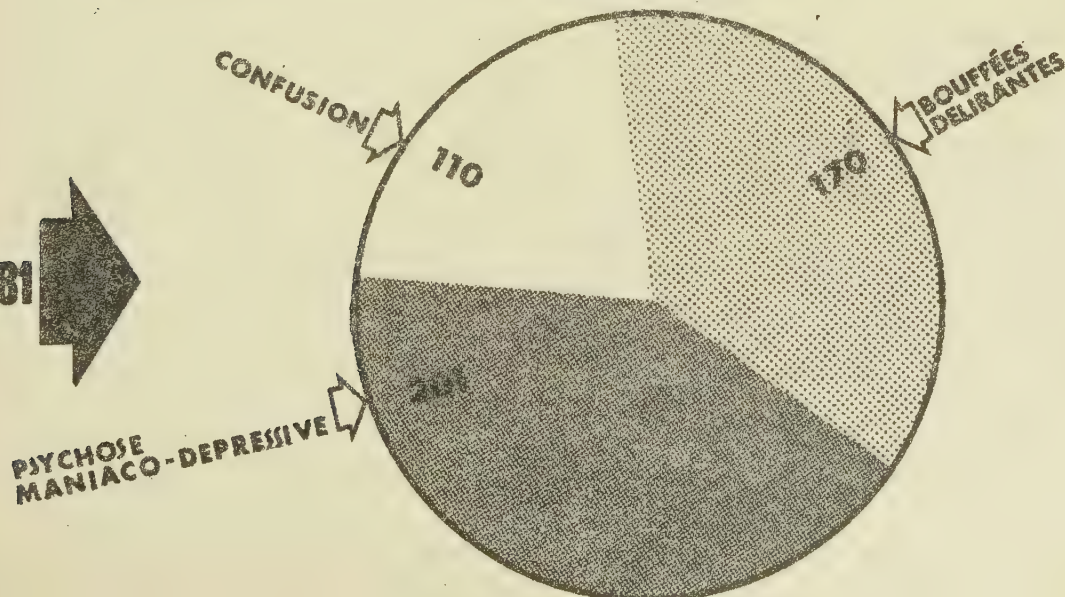
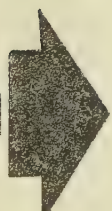
S=11



=30



=481



A) - Psychoses maniaco-dépressives

Nous nous proposons d'étudier dans ce paragraphe quelques éléments concernant l'évolution de malades suivies au cours des 14 années et que nous avons pu rassembler dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive. Nous n'avons admis sous cette étiquette que les accès de manies et de mélancolies indépendant de toutes autres causes qui par leur succession ou leur alternance constituaient cette psychose. Nous en avons donc retranché les états dépressifs névrotiques, les rattachant au groupe des névroses et les mélancolies d'involution, qui nous le savons, regroupent en fait des diagnostics disparates. Seulement, si ces formes étaient de survenue tardive, sans antécédents soient personnels, soit familiaux d'état dépressif ou d'accès maniaque, nous avons préféré les classer dans une autre catégorie. De la même façon, nous en avons éliminé les formes qui étaient manifestement symptomatiques d'une autre affection.

Il nous reste donc le chiffre que nous proposons dans les tableaux suivants.

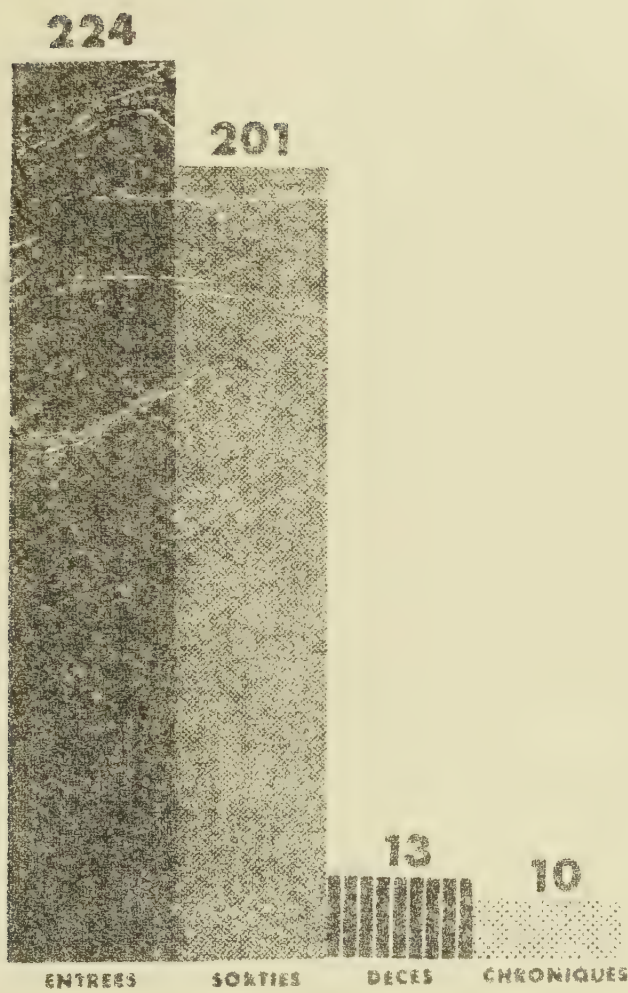
Comme nous l'avons montré dans les pages précédentes, à l'intérieur des psychoses aiguës, cette psychose ~~est~~ représente 42,9%. Par rapport au total des malades soignées dans notre établissement en 14 ans nous obtenons un pourcentage de 8,0%. Voulant comparer ce que nous trouvons avec une statistique de l'I.N.S.E.R.M. effectuée en 1967, nous avons cherché le pourcentage de cette année, qui un peu différent du chiffre global, 6,5%. De toutes façons, ces résultats différents sensiblement de celui de l'I.N.S.E.R.M. qui est de 21,3%. Il y a une grande discordance entre ces résultats; il est vraisemblable que le critère de choix n'est pas le même.

Il nous paraît difficile d'admettre que l'écart d'une région par rapport à l'ensemble de la France puisse être aussi

Psychoses maniaco-dépressives

Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
224	201	13	10
100%	89,7%	5,8%	4,5%

ETUDE GLOBALE DE LA MALADIE



important. Nous retrouvons là, le désaccord qui existe lorsqu' il faut délimiter les cadres de la psychose maniaco-dépressive.

Abordons maintenant l'étude du matériel que nous avons obtenu au cours de ces 14 années.

Nous avons présenté dans le tableau des pages précédentes un aperçu rapide de la répartition des résultats de la thérapeutique.

Sur 224 entrées, il y a 201 sorties, soit 89,7%. Ce qui est évidemment un résultat appréciable. Le reste se partage à peu près également entre les décès et les chroniques: 5,8% pour l'un, 4,5% pour l'autre.

Parmi les décès et les chroniques nous devons tenir compte des malades qui vers la fin de leur existence nous ont été amenées à l'occasion d'un accès et ont été laissées par leur famille. Certaines ont pu de la sorte finir leurs jours à l'hôpital, comme elles auraient pu le faire chez elles. D'autres, que nous avons inscrites dans le cadre de chroniques attendent leur fin, séjournant à l'hôpital comme dans un hospice. Nous avons, il est vrai quelques cas de manies ou de mélancolies chroniques. Mais ceux-ci sont fort rares.

Pour compléter ces résultats nous avons décomposé le nombre de récidives, la durée d'hospitalisation.

Répartition des entrées

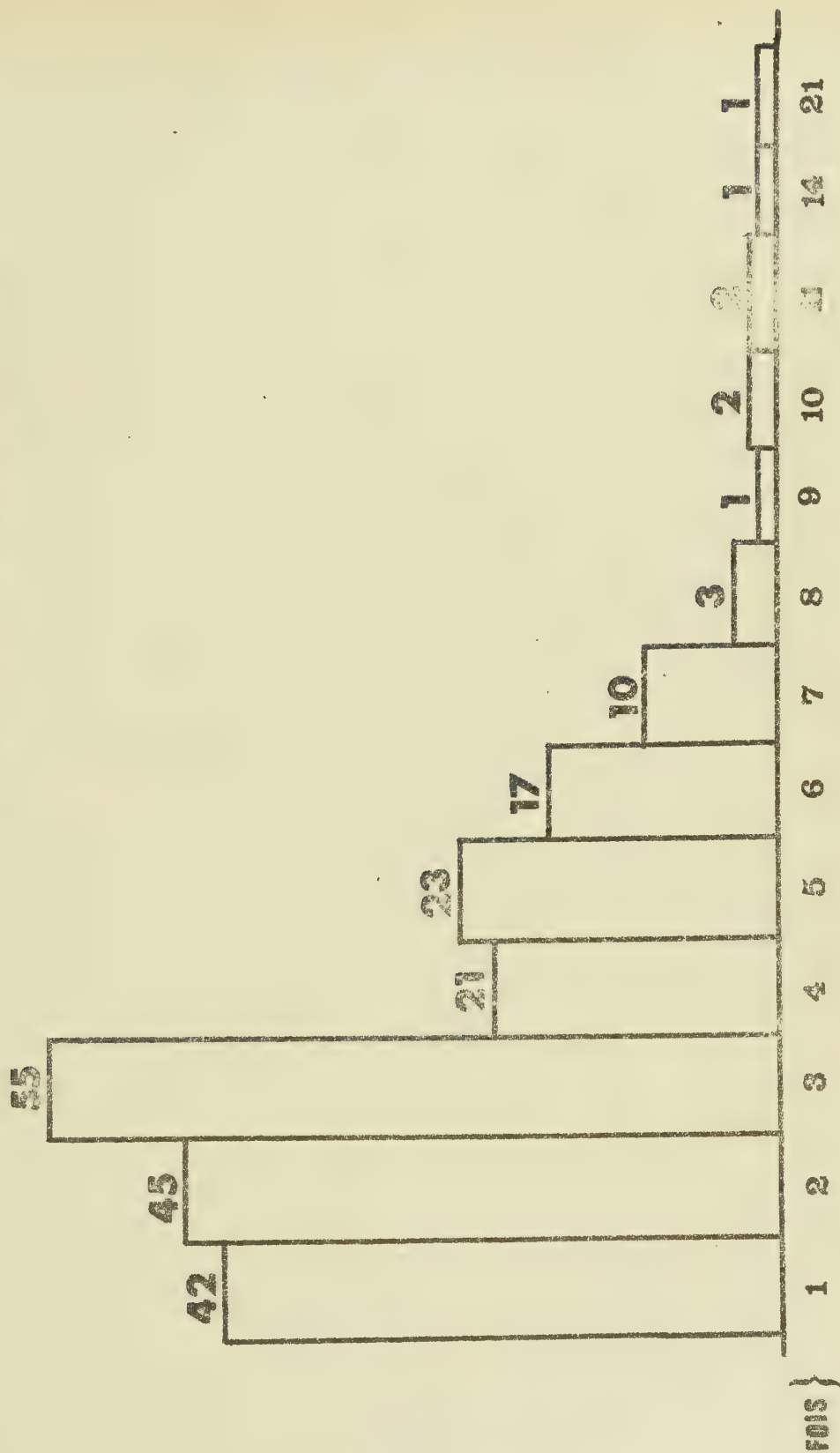
Entrées	Effectif	Pourcentage	Total des entrées
1	42	18,7%	42
2	45	20,0%	90
3	55	24,5%	165
4	21	9,3%	84
5	23	10,2%	115
6	17	7,5%	102
7	10	4,4%	70
8	3	1,3%	24
9	2	0,4%	18
10	2	0,8%	20
11	2	0,8%	22
14	1	0,4%	14
21	1	0,4%	21
	224	100%	787

$$m = 3,5$$

$$S^2 = 6,1$$

Récidives : 81,3%

REPARTITION DES ENTREES



Voyons d'abord ce que nous apporte de renseignements l'analyse des entrées.

Nous constatons que le pourcentage de récidives est élevé, 81,3%. Il est bien entendu très différent de celui des autres psychoses aiguës, qui est très bas. Il reste très élevé par rapport à celui des psychoses chroniques, qui est de 56,5% ou sans tenir compte des malades jamais sorties, 69,4%. De la même façon, la moyenne est élevée, $m = 3,4$. Nous pouvons conclure ici que la thérapeutique moderne n'a pas amélioré le nombre de récidives, peut-être même l'a-t-il augmenté. Nous aurons l'occasion de vérifier plus loin cette affirmation, en voyant le temps d'hospitalisation. L'expérience nous a d'ailleurs montré que nous devons poursuivre le traitement longtemps après la sortie du malade, pratiquement de façon à recouvrir le temps que durait classiquement les crises. Sinon, il n'était pas rare de voir la malade revenir rapidement.

Comment se répartissent les entrées? Le maximum est atteint pour trois récidives, 24,5%. Jusqu'à 5 récidives nous obtenons un nombre de malades appréciable. Nous trouvons que la probabilité de présenter 5 récidives a été de 82,7%, et si nous nous contentons de trois récidives, nous obtenons encore 63,2% du total.

Nous remarquons aussi que 18,7% des malades ne sont venus qu'une fois, ce qui situe nos résultats un peu dans la ligne de ce qu'elle avait trouvé LANGE (12%).

Répartition du temps d'hospitalisation

Semaine	Nombre de malades	Pourcentage	Total de semaines	Semaine	Nombre de malades	Pourcentage	Total de semaines
1	20	2,6%	20	12	19	2,4%	228
2	46	6,0%	92	13	8	1,0%	104
3	150	19,7%	450	14	9	1,1%	126
4	218	28,6%	872	15 à 16	16	2,1%	249
5	62	8,1%	310	17 à 18	12	1,5%	209
6	52	6,6%	312	19 à 22	8	1,0%	164
7	37	4,6%	259	24 à 27	7	0,9%	177
8	39	5,1%	312	29 à 36	5	0,6%	167
9	11	1,4%	99	38 à 150	6	0,7%	371
10	20	2,6%	200	total	761	100%	4897
11	16	2,1%	176	Moyenne par malades $m_1 = 21$ semaines Moyenne par entrées $m_2 = 6$ semaines			

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

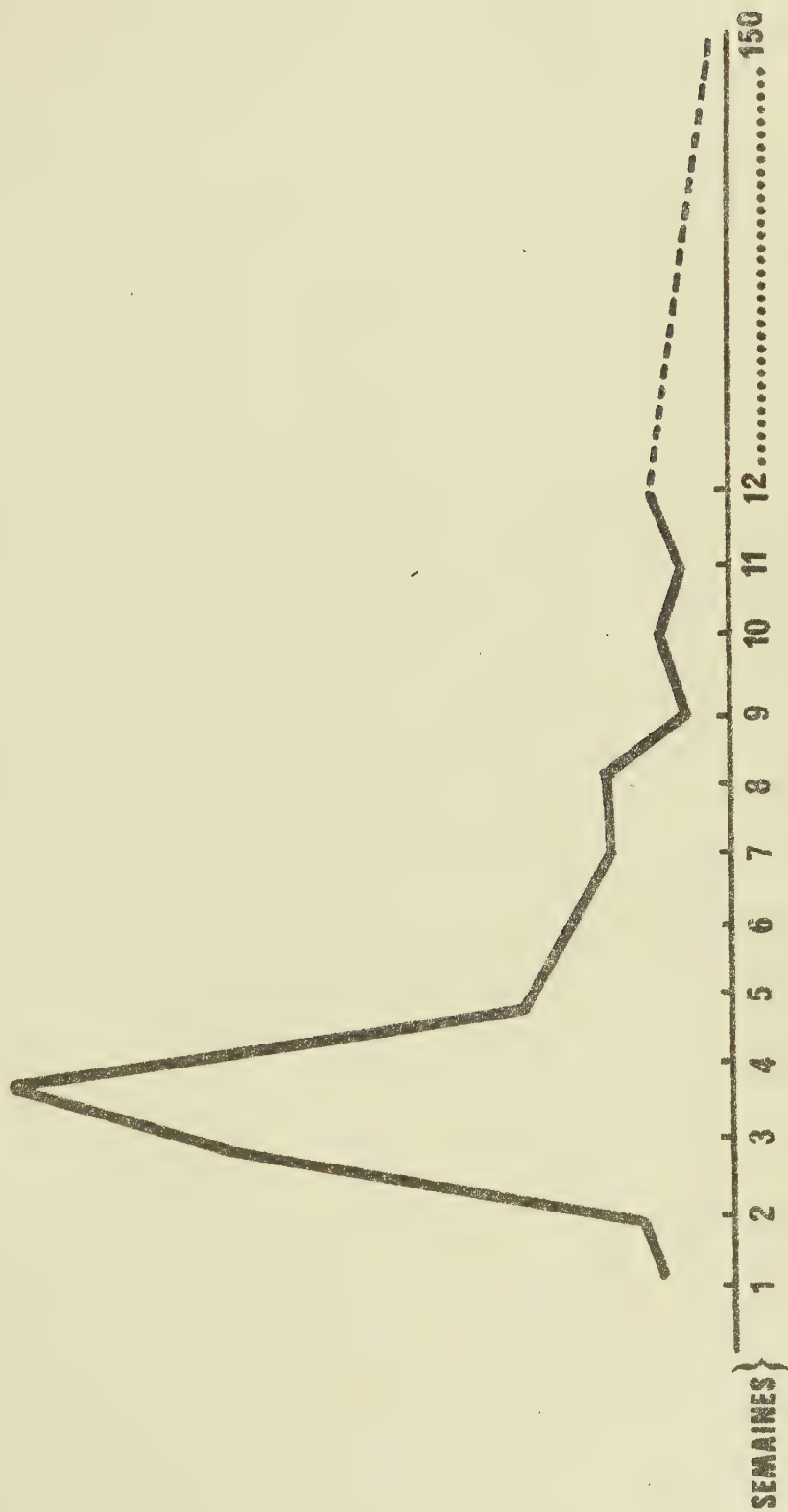
11

12

13

14

REPARTITION DU TEMPS D'HOSPITALISATION



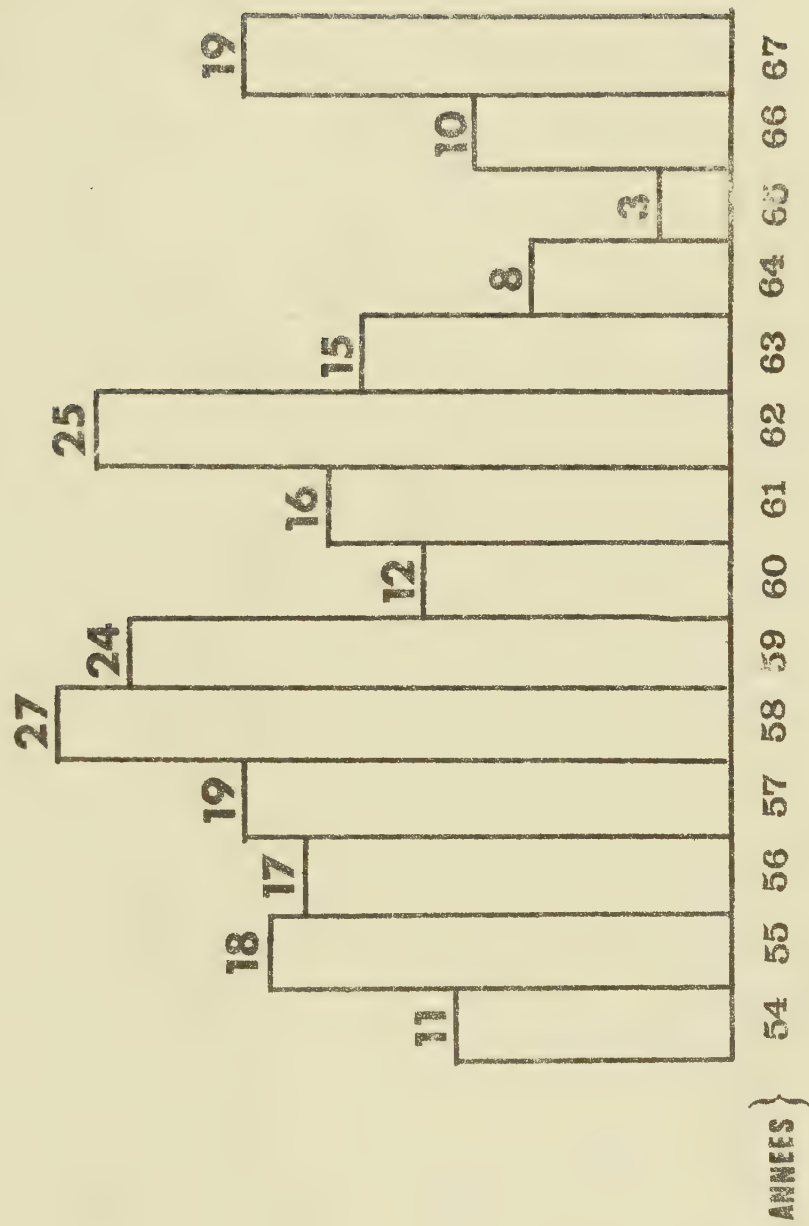
Nous avons procédé à la répartition du temps d'hospitalisation en prenant la semaine comme unité de temps. Ensuite nous avons calculé la moyenne de la durée de séjour par rapport au nombre de malades, puis par rapport au nombre d'hospitalisation.

De cette analyse, nous extrayons deux résultats qui dominent nettement les autres. Il s'agit des pourcentages des malades entrées 3 semaines et 4 semaines, 19,7% pour l'un et 28,6% pour l'autre. Nous avons là les résultats maximums. Ces deux temps réunis représentent presque 50% des malades; donc, un malade sur deux n'est pas resté plus d'un mois. Cependant, la moyenne par nombre d'entrées est plus forte, 6 semaines, c'est-à-dire un mois et demi. C'est dire la grande dispersion des résultats. Cependant, nous devons bien constater que cette moyenne se situe bien dans la ligne de ce que nous trouvons pour l'ensemble des psychoses aiguës. En effet, pour les états confusionnels, la moyenne est de 8 semaines et pour les bouffées délirantes de 11 semaines. Par contre, la moyenne obtenue par malades est plus forte, 21 semaines. Mais nous ne pouvons pas la comparer avec les autres.

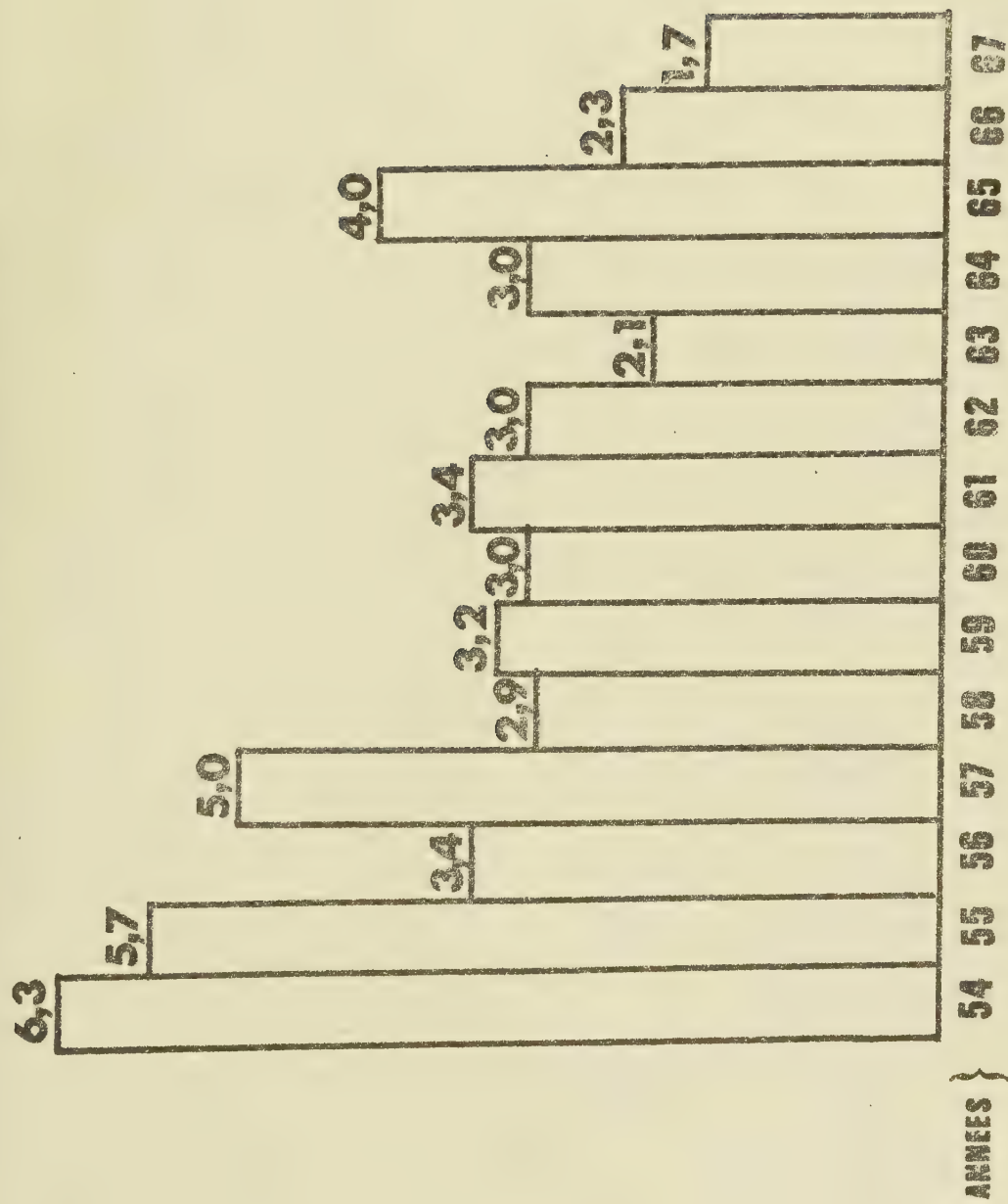
Nous voyons que le temps de séjour des malades a considérablement diminué, quand on pense à la durée de 6 à 8 mois, classique, autrefois.

Années	Malades	Pourcentage	Entrées	Moyenne	Semaine	Nombre de malades	Nombre d'entrées
1954	11	4,5%	70	6,3	619	56	9
1955	18	8,0%	104	5,7	509	28	5
1956	17	7,5%	59	3,4	323	19	5
1957	19	8,4%	95	5,0	611	32	6
1958	27	12,0%	80	2,9	601	22	7
1959	24	10,7%	79	3,2	417	17	5
1960	12	5,3%	36	3,0	192	16	5
1961	16	7,1	55	3,4	379	24	7
1962	25	11,1%	77	3,0	516	21	7
1963	15	6,6%	32	2,1	182	12	5
1964	8	3,5%	24	3,0	110	14	4
1965	3	1,3%	12	4,0	63	21	5
1966	10	4,4%	23	2,3	116	12	5
1967	19	8,4%	34	1,7	140	7	4
Total	224		780	m= 3,4	4778	m= 21	m= 6

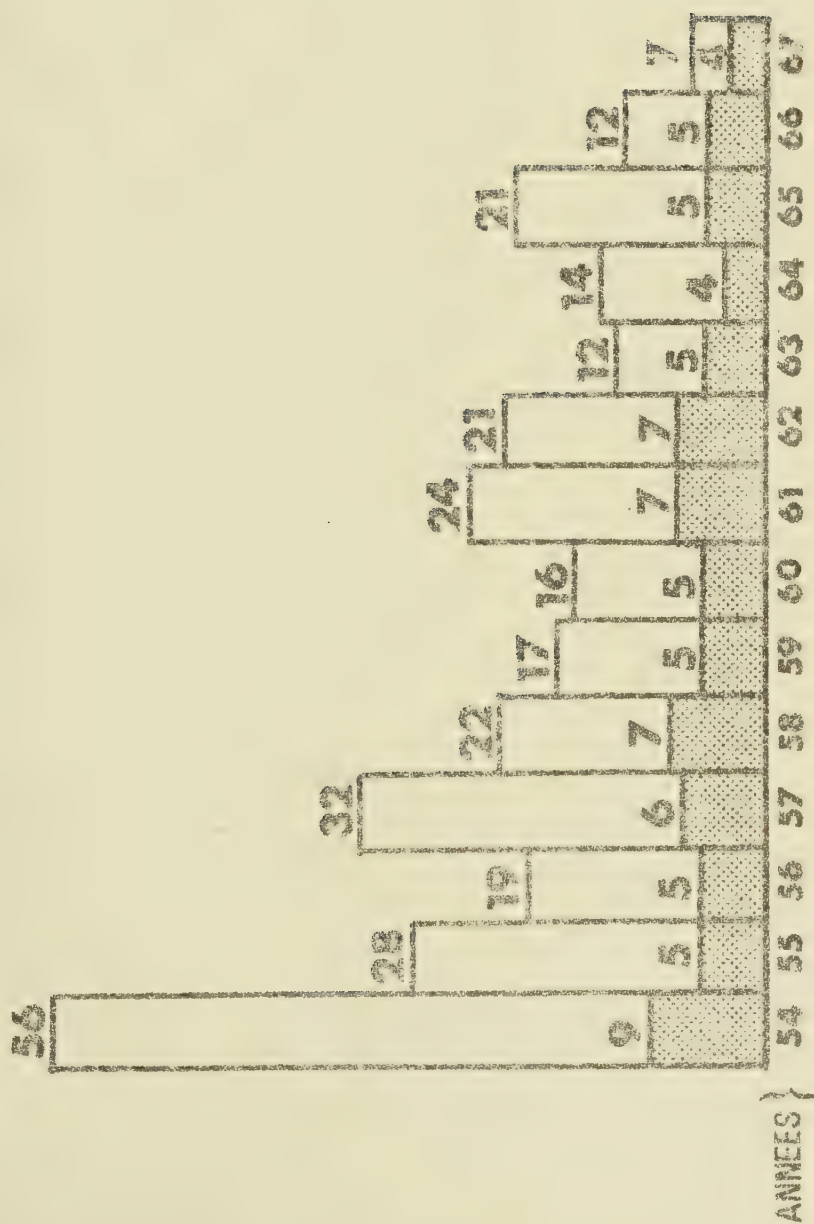
REPARTITION PAR ANNEES (EFFECTIF)



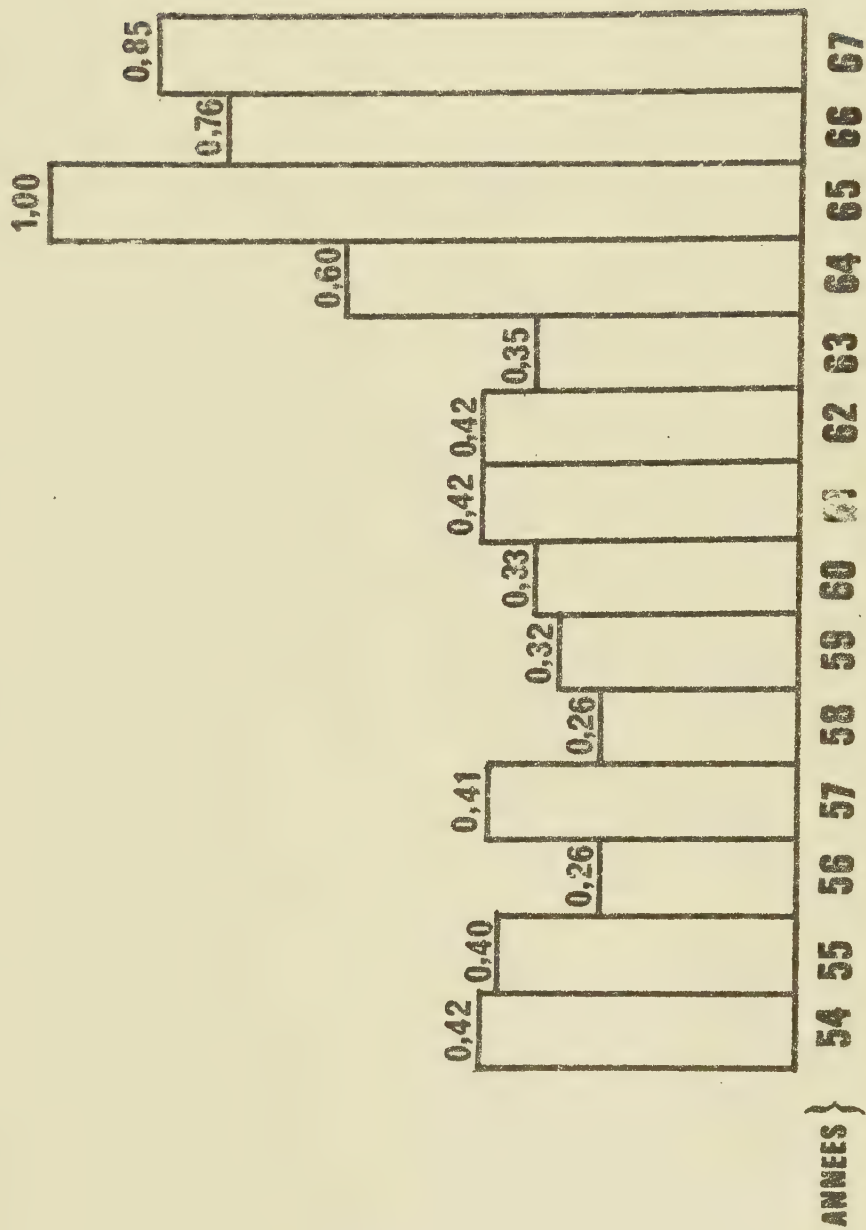
MOYENNE DES ENTRIES PAR ANNEE



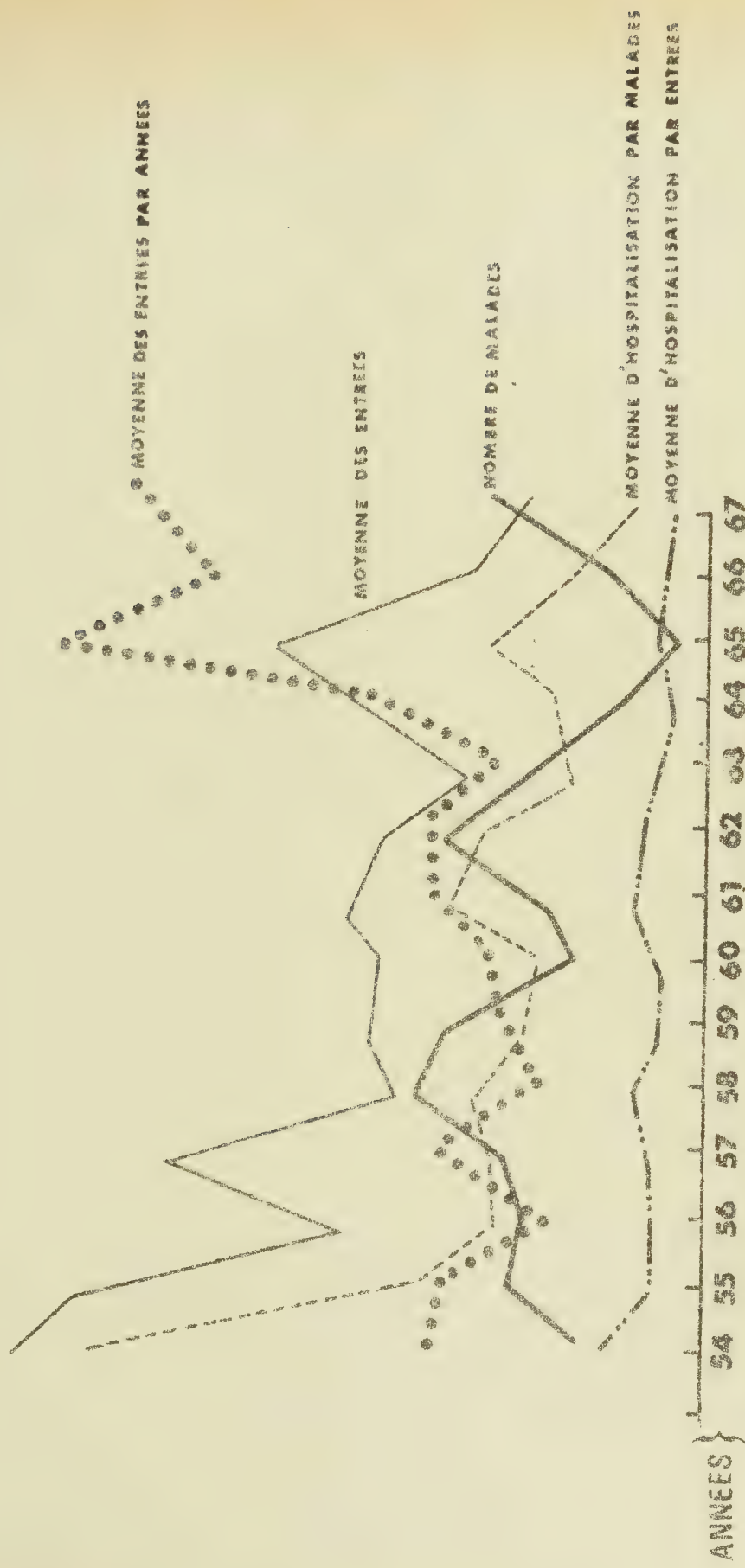
MOYENNE D'HOSPITALISATION PAR ANNEES



MOYENNE DES ENTREES PAR MALADES ET PAR ANNEES



REPARTITION DES RESULTATS PAR ANNEES



Nous nous proposons de voir l'évolution des résultats par années. Nous examinerons d'abord la variation des entrées, c'est-à-dire le nombre de récidives en nous servant de la moyenne, ce qui nous permettra de ne pas être gênés par la variation du nombre de malades. Puis nous étudierons l'évolution de la durée d'hospitalisation en calculant d'abord la moyenne par malades, puis par entrées.

Nous pouvons voir que la répartition des malades suivant les années se fait à peu près selon les lois du hasard. Il y a bien un ou deux résultats significatifs, mais nous n'avons pas assez d'éléments pour en connaître la raison.

Regardons plutôt les récidives. Nous enregistrons une baisse importante après 1958, puis les résultats se maintiennent autour de 3, pour baisser de nouveau de façon significative. Cependant, nous ne tiendrons pas compte de ces derniers résultats, car le manque de recul suffisant par rapport aux autres années ôte la possibilité d'une comparaison valable.

Pour éviter, dans une certaine mesure cet inconvénient, nous avons donné le chiffre par le nombre d'années de recul dont nous disposons. Nous voyons que dans l'ensemble, le nombre d'entrées est identique, sauf peut-être les dernières années. Mais il nous est difficile d'en tenir compte. A première estimation, les neuroleptiques n'ont pas modifié le nombre de récidives et ... ils restent impuissants de ce côté.

L'examen des moyennes de temps d'hospitalisation est particulièrement intéressante, surtout si l'on compare les moyennes par nombre de malades et par nombre d'entrées.

La courbe des moyennes par nombre de malades suit à peu près le dessin de la courbe des entrées.

Si nous calculons le coefficient de corrélation entre ces deux courbes, nous trouvons $r = 0,68$. Ce résultat nous donne un indice de corrélation significatif à moins de 1%. Les quelques réflexions que nous avons pu faire à propos des entrées s'appliquent aussi à cette courbe.

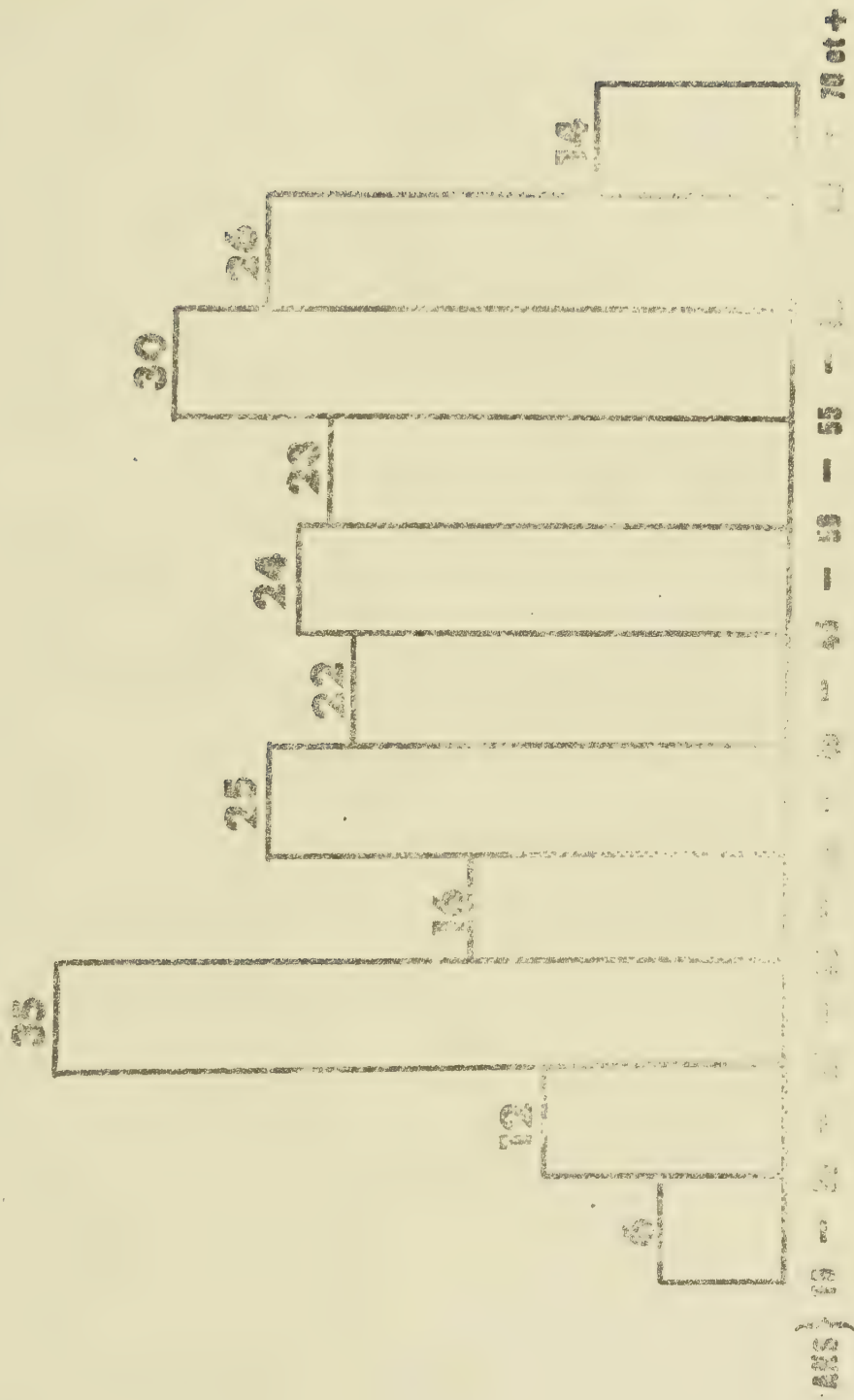
Par contre, la courbe des moyennes par entrées est plus instructive. En effet, nous voyons que cette courbe est plus écrasée, voisine de la ligne droite, et que les variations y sont faibles. Il se dessine une petite tendance vers la diminution vers les dernières années. Nous pouvons donc affirmer ici que pendant toute cette période le temps de séjour des malades à l'hôpital n'a pour ainsi dire pas varié. Comme cette période voit l'apparition et l'application systématique des neuroleptiques, on peut dire que ceux-ci ont atteint d'emblée leur maximum d'action. Surtout que les premières techniques comme l'électrochoc avaient déjà considérablement réduit le séjour. Nous précisons ici que nous employons encore l'électrochoc et avec succès et qu'il vient souvent en compléter ou activer l'action des anti-dépresseurs.

En conclusion, nous pensons que sur cette forme nosographique les résultats thérapeutiques ont été moins spectaculaires que sur les autres psychoses aiguës.

Répartition des âges

Ages	Nombre de malades	Pourcentage
15-20 ans	6	2,6%
21-25	12	5,3%
26-30	35	15,6%
31-35	16	7,1%
36-40	25	11,1%
41-45	22	9,8%
46-50	24	10,7%
51-55	23	10,2%
56-60	30	13,3%
61-65	26	11,6%
66-70	10	4,4%
Total	224	100%

ALLIANCE DES ÂGES



Nous avons recherché le rôle que pouvait avoir l'âge soit dans l'évolution de la maladie, dans la fréquence des récurrences, etc... . Nous avons réparti les malades selon des tranches de 5 ans, en commençant à 15 ans puisque nous ne recevons pas de femmes en-dessous de cet âge.

Nous présentons d'abord la répartition du nombre de malades entrées par catégorie d'âge. Nous enregistrons deux pics, qui sont statistiquement significatifs le premier pour la tranche 25-30 ans avec 35 malades soit 15,6% des entrées. Le deuxième pour 55-60 ans avec un effectif de 30, soit 13,3%.

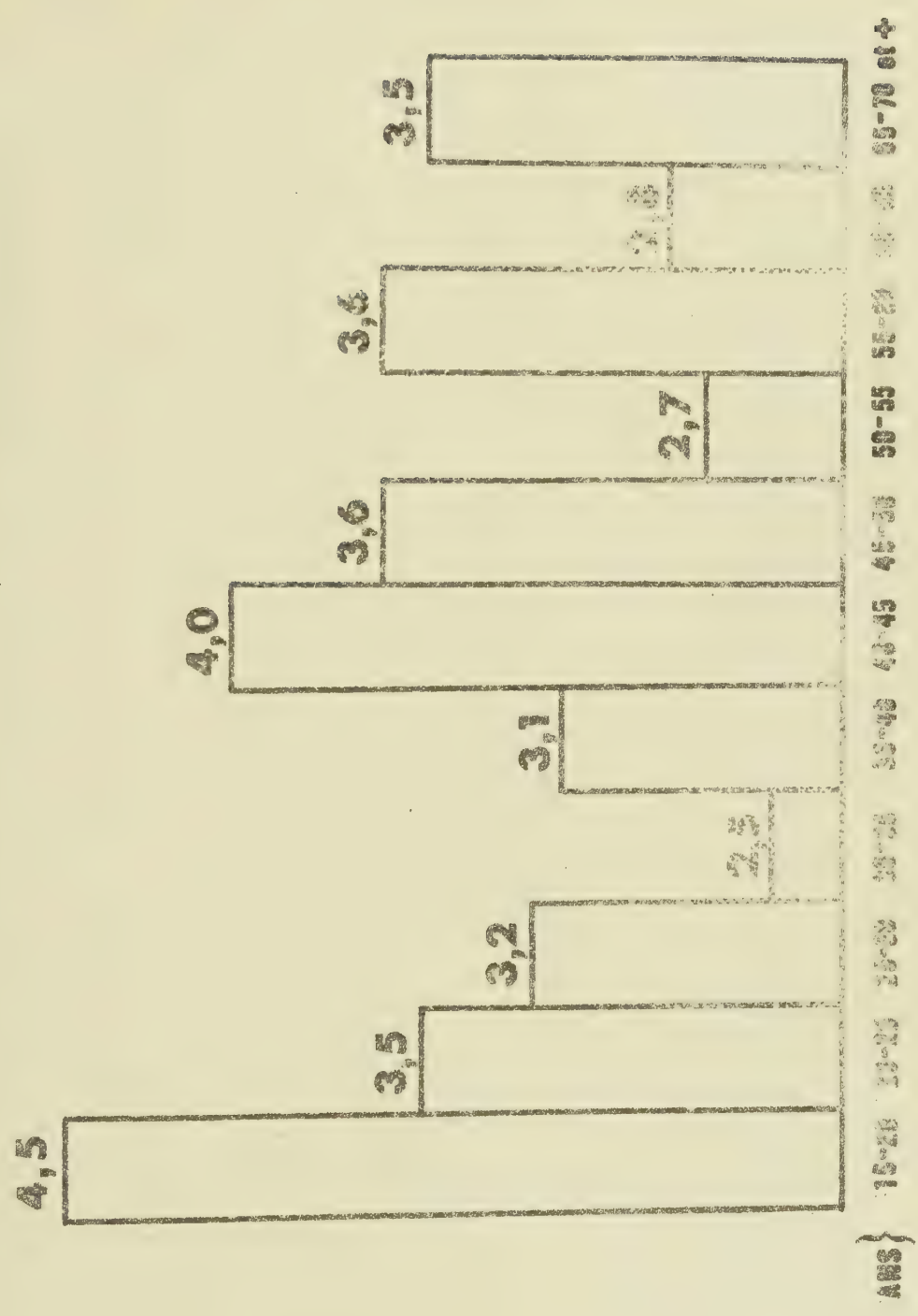
Nous avons là les deux maxima. H. EY dans ses Etudes psychiatriques, T. 3, rapportant les observations de LANGE, donne les mêmes résultats, le maximum de la première manifestation étant entre 25-30 ans. Comme il le faisait remarquer également, notons l'importance des premières crises à 55-60 ans.⁺ Le tableau que nous avons établi nous indique également que peu de malades ont manifesté leur première crise avant 25 ans. L'ensemble se répartit plutôt à partir de 35 ans de façon à peu près identique. Après 65 ans les résultats d'ailleurs faibles, nous paraissent douteux. Il est vrai que se pose ici, le problème non résolu de la classification des mélancolies d'involution.

+ Ce point de vue reste assez discuté. Un certain nombre de psychiatres classent ces accès parmi les formes symptomatiques soit d'une démence, soit d'un délire chronique.

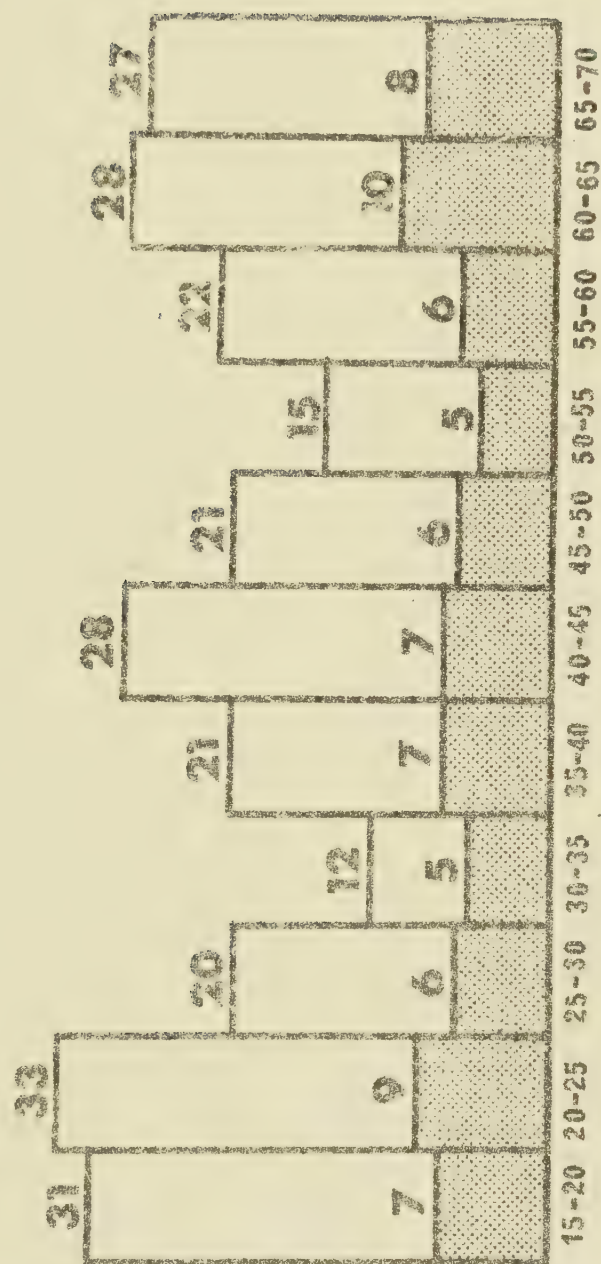
Répartition des résultats par âge

ges	Effectif	Nombre d'entrées	Moyenne	Nombre de semaines	Moyenne par effectif	Moyenne par entrée
5-20	6	27	4,5	185	31	7
1-25	12	43	3,5	392	33	9
6-30	35	114	3,2	689	20	6
1-35	16	40	2,5	198	12	5
6-40	20	63	3,1	425	21	7
1-45	22	90	4,0	617	28	7
6-50	24	86	3,6	498	21	6
1-55	23	63	2,7	347	15	5
6-60	30	110	3,6	651	22	6
1-65	26	75	2,8	723	28	10
6-70	10	35	3,5	268	27	8
total	224	746	3,3	4993	22	7

RÉPARTITION DES RÉCIDIVES PAR TRANCHES D'ÂGE

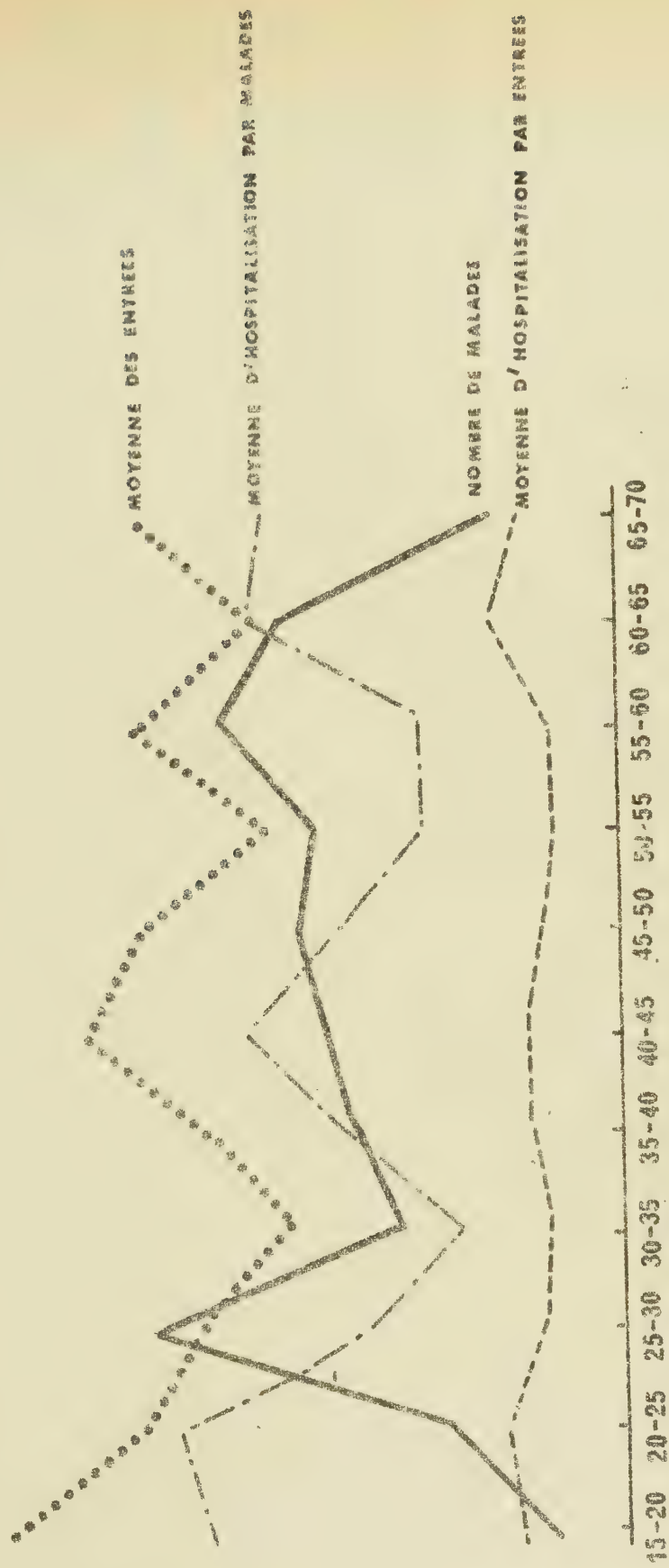


REPARTITION DES MOYENNES DE TEMPS D'HOSPITALISATION



 } MOYENNE D'HOSPITALISATION PAR ENTREES

REPARTITION DES RESULTATS PAR ÂGES DE LA PREMIERE ENTREE



Examinons maintenant le nombre de récurrences et la durée d'hospitalisation en fonction de l'âge. Comme nous l'avons déjà précisé, nous utiliserons des moyennes, calculées par rapport au nombre de malades dans chaque catégorie pour éliminer les variations dues aux effectifs différents.

Quand nous établissons la courbe des entrées réelles, nous trouvons un pic, correspondant au maximum des récurrences: 4,5 pour les 15-20 ans. Ce résultat s'écarte de la moyenne de façon significative. A l'inverse le chiffre le plus faible nous est fourni par les 30-35 ans avec 2,5. Ce résultat, de la même façon s'écarte significativement de la moyenne générale. Nous avons vu plus haut que cette tranche d'âge correspond aussi à l'effectif le plus important des premières hospitalisations. Nous retrouvons un résultat faible pour 50-55 ans, 2,7. Ces deux périodes sont celles où l'évolution clinique est la plus courte. Un autre sommet est atteint pour 40-45 ans avec 4,0. Ce résultat est bien inférieur à l'autre mais significatif tout de même.

Voyons maintenant ce qu'il en est de la durée hospitalière. Nous trouvons quatre résultats qui s'écartent des fluctuations normales de la moyenne. Il s'agit des tranches d'âge de 15-20 ans, 20-25, 40-45 et 60-65 ans. Deux périodes coïncident avec celles que nous avons observées auparavant, 15-20 ans et 40-45 ans. Cette longue durée est peut-être explicable par le fait que les entrées sont plus nombreuses. Cette explication est corroborée par le résultat des moyennes calculées d'après le nombre d'entrées. Les deux chiffres obtenus ne sont pas significatifs et restent dans les limites de variation normale de la moyenne. Par contre les deux autres sont indépendants du nombre des entrées, et nous retrouvons dans les moyennes par entrées la même valeur significative; ces deux séries nous indiquent donc les époques où la gravité de la maladie est la plus grande, pratiquement aux deux âges extrêmes de notre analyse.

Nous avons réuni tous ces résultats dans un graphique commun qui permet une vue synthétique de ce que nous avons observé.

En conclusion, nous avons pu voir pour ce groupe l'importance du nombre de malades sorties, se tenant au niveau du résultat général. Dans le cadre des psychoses aiguës, cette forme compte le plus grand nombre de "chroniques". Nous y trouvons également le chiffre de récurrences le plus fort, l'action des neuroleptiques étant inefficace pour éviter les rechutes. Par contre la durée d'hospitalisation a considérablement réduit passant des six mois classiques à six semaines en moyenne. Cependant ce résultat semble déjà acquis avec les premières techniques telles que l'électrochoc, car depuis l'utilisation des neuroleptiques, la durée du séjour hospitalier n'a que très modérément baissé. Enfin, nous avons pu voir que c'est entre 25 et 30 ans que l'incidence de la maladie est la plus élevée. Le risque de rechutes le plus grand se situe vers 15-20 ans et 40-45 ans. Mais c'est pour 20-25 ans que la maladie est la plus difficile à guérir.

Il semble donc que pour cette psychose, un palier ait été atteint depuis quelque temps et que nos thérapeutiques modernes soient peu efficaces pour enrayer le risque de rechutes. D'ailleurs nous avons pu observer que la guérison ne pouvait être obtenue qu'à condition de poursuivre le traitement jusqu'à l'équivalence du temps classique de la durée de l'accès

B) - Bouffées délirantes.

Nous abordons sous le titre de Bouffées délirantes polymorphes toutes les manifestations délirantes aiguës, qui ne rentrent pas dans le cadre d'une psychose chronique. L'action de la thérapeutique moderne sur l'évolution des formes chroniques ne facilitera pas le diagnostic. En effet, devant la répétition des accès, il nous faudra trancher entre une psychose aiguë qui rechute ou une psychose chronique dont le traitement a fractionné l'évolution. Cela n'a pas toujours été facile. Cependant nous avons retenu plusieurs arguments en faveur de la psychose aiguë: la possibilité pour le malade de vivre normalement sans traitement entre les accès, la discontinuité entre les manifestations pathologiques et le caractère, les crises apparaissant manifestement comme des accidents dans l'histoire de la personnalité, leur apparition brutale et l'aspect souvent polymorphe de leurs manifestations cliniques. Nous avons éliminé également les formes relevant d'un état démentiel, lorsque nous avons pu mettre celui-ci en évidence.

Comment se situe donc cette forme nosologique par rapport au grand groupe des psychoses aiguës et au total des entrées?

Nous avons pu voir que cette forme représentait 33,4% des psychoses aiguës, venant en deuxième position après la psychose maniaco-dépressive et avant les états confusionnels.

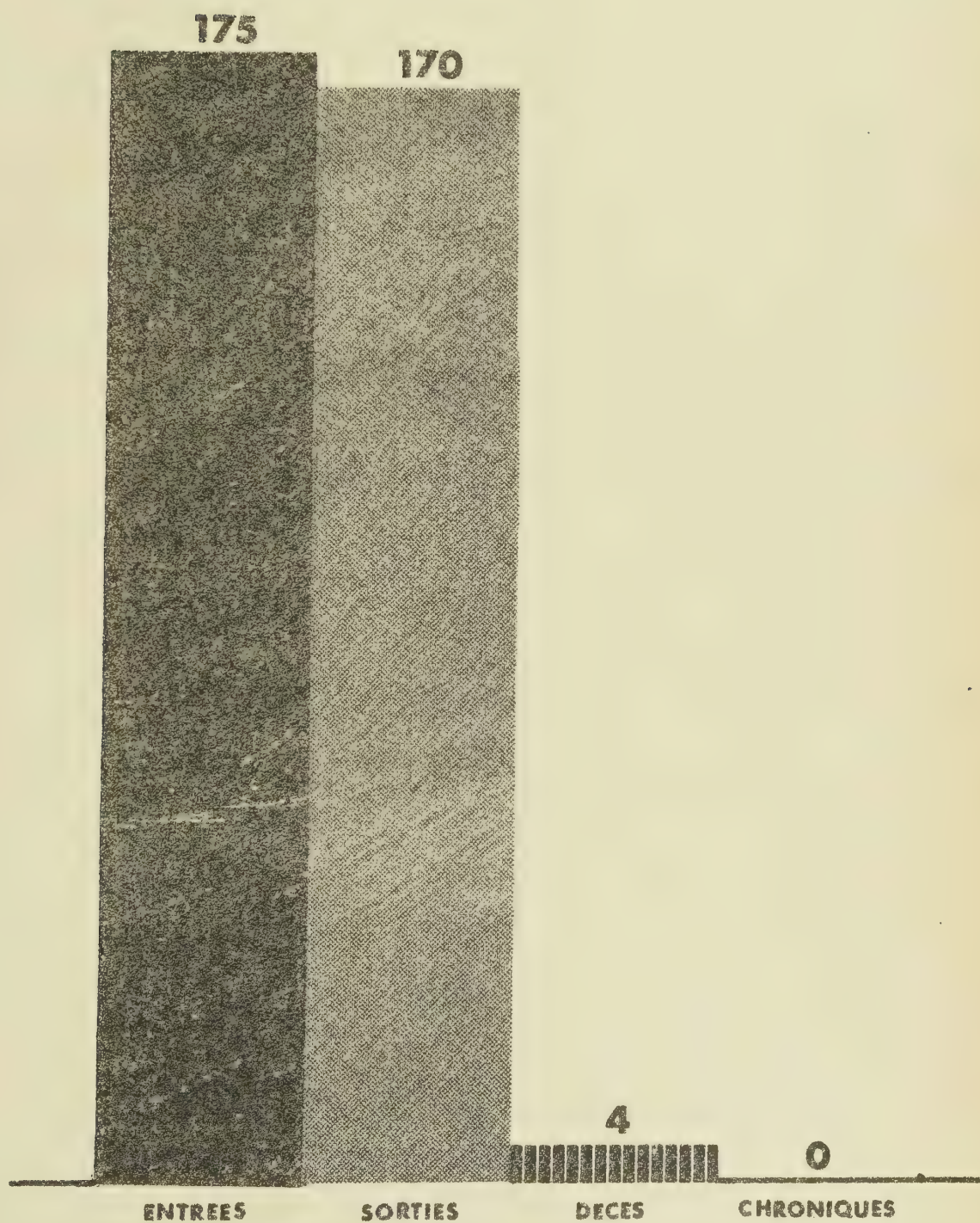
Par rapport au total des malades hospitalisés cela représente 6,2%, ce qui les situe juste après les délires chroniques et bien avant les arriérés, les éthyliques, etc... .

A l'intérieur du cadre propre de cette forme, nous allons voir comment a réagi ce groupe aux nouvelles thérapeutiques.

Bouffées délirantes

Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
174	170	4	-
100%	97,7%	2,3%	-

BOUFFEES DELIRANTES

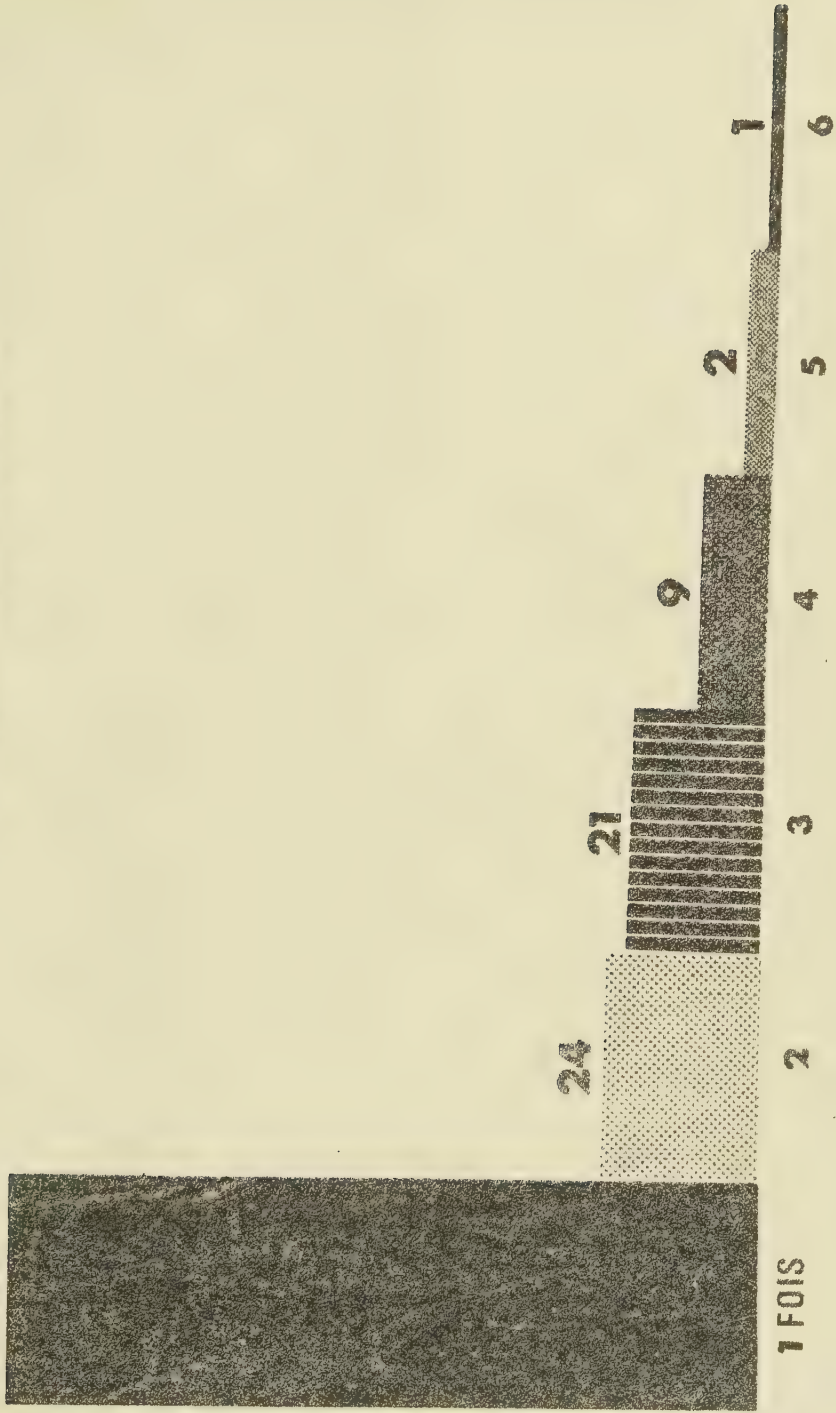


Le tableau des pages précédentes nous montre le pourcentage élevé des malades sorties 97,7% c'est-à-dire pratiquement la totalité des entrées. Pas de sédiment. Ceci vient en conséquence de ce que nous avons précisé plus haut. Il s'agit uniquement de malades présentant des accès aigus. Disposant pour un certain nombre de malades d'un recul suffisant, nous avons pu éliminer celles dont l'évolution ultérieure nous a amené à reviser notre diagnostic, soit que ces crises se soient organisées en un délire chronique qui a envahi la personnalité soit qu'elles aient révélé une schizophrénie sous-jacente. Pour les autres, une enquête sur le devenir de ces malades nous a permis de faire le point de leur état. Nous aurons l'occasion de revenir sur cet aspect à la fin de ce paragraphe.

Nous allons étudier maintenant l'histoire hospitalière de ces malades.

ECHELLE DES ENTREES

119



Répartition des entrées

	Effectif	Pourcentage	Nombre d'entrées
1 fois	119	68,3%	119
2 fois	24	13,7%	48
3 fois	21	12,0%	64
4 fois	9	5,1%	36
5 fois	2	1,1%	10
6 fois	1	0,5%	6
Total	174	100%	283

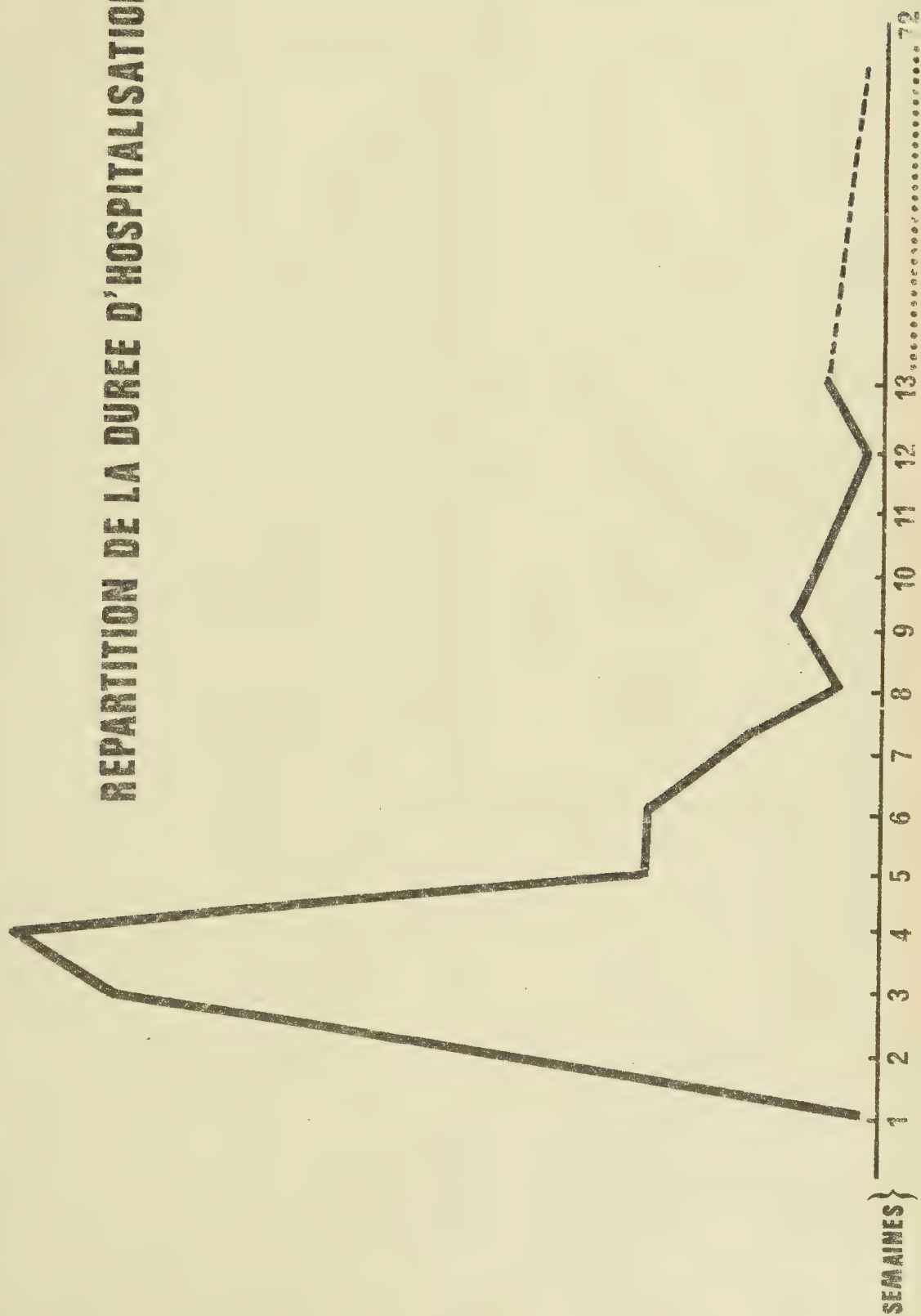
Récidives: 31,7%

Nous avons exposé dans le tableau précédent la répartition des entrées. Nous voyons tout de suite la place importante qu'occupent les malades entrées une seule fois. En effet elles représentent 68,3% de l'effectif, c'est-à-dire au moins trois fois la catégorie suivante. Cette proportion remarquable amène en contrepartie un risque de récurrences peu élevé, 31,7%. Dans le cadre des psychoses aiguës cela le situe juste après les états confusionnels (23,4%), encore que la différence ne soit pas significative, mais nettement en deçà des psychoses maniaco-dépressives (81,3%).

Il semble donc que, pour ce qui nous concerne, l'ensemble des progrès apportés à la thérapeutique de ces malades nous a permis de réduire le risque de rechutes. Nous voyons également que l'étalement du nombre d'entrées est réduit, en tout 6, et qu'au delà de 3 fois la probabilité de revenir est de 6%.

Il est très vraisemblable que cette amélioration porte également sur la durée du séjour des malades. C'est ce que nous allons examiner maintenant.

REPARTITION DE LA DUREE D'HOSPITALISATION



Répartition de la durée
d'hospitalisation en semaines

Semaine	Effectif	Pourcentage	Semaine	Effectif	Pourcentage
1	3	1,0%	15	5	1,7%
2	28	10,0%	16	1	
3	61	21,8%	18	1	
4	68	24,3%	19	1	
5	18	6,4%	20	6	2,1%
6	18	6,4%	23	1	
7	12	4,3%	29	2	
8	16	5,7%	31	1	
9	12	4,3%	49	1	
10	4	1,4%	52	2	
11	7	2,5%	55	2	
12	5	1,7%	72	1	
13	3	1,0%	Total	1902	m = 11 semaines s ² = 67
14	1				

Nous avons décidé de prendre comme unité de temps d'hospitalisation, la semaine, durée qui présente l'avantage de pouvoir être utilisée pour toute notre étude sans entraîner une accumulation de chiffres trop importante.

Nous avons donc réparti nos malades en tenant compte du temps passé par nombre d'hospitalisations non par individu, ce qui évidemment nous donnera une quantité de malades supérieure à celle que nous avons indiquée plus haut.

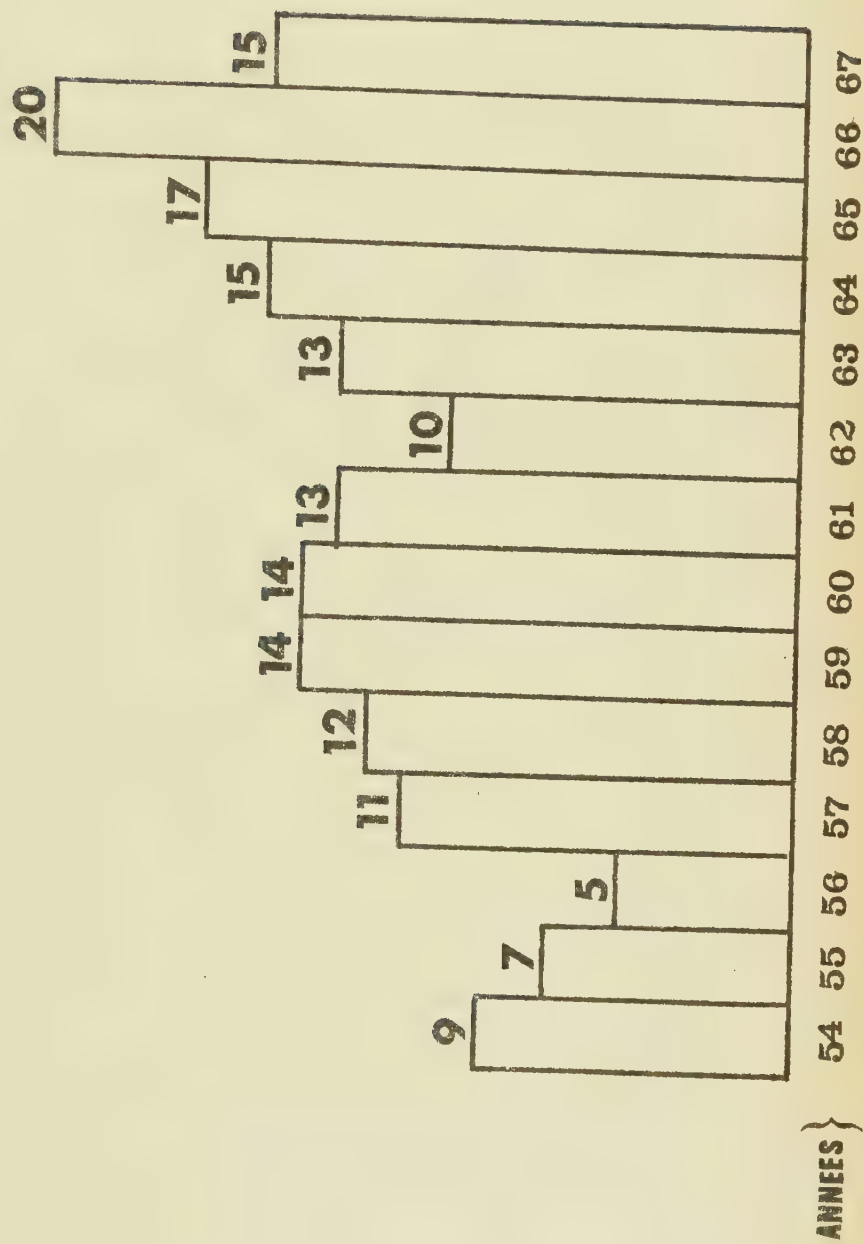
Cette répartition nous indique que le plus grand nombre d'autres se regroupe autour de deux classes: la première à 3 semaines avec 61 malades soit 21,8%, et la seconde, la plus importante de ce genre, avec 68 malades soit 24,3%. Nous pouvons considérer que les résultats appréciables vont jusqu'à 9 semaines. La plus grosse part des malades se concentre donc entre 2 semaines et 9 semaines et représente 83,2% du total.

Cependant la moyenne par malades est plus élevée, $m = 11$ semaines. Si nous la comparons à celle obtenue pour les états confusionnels, nous trouvons $m = 8$, les calculs montrent que la différence est significative. Il apparaît donc que les malades de cette catégorie sont en moyenne restées plus longtemps.

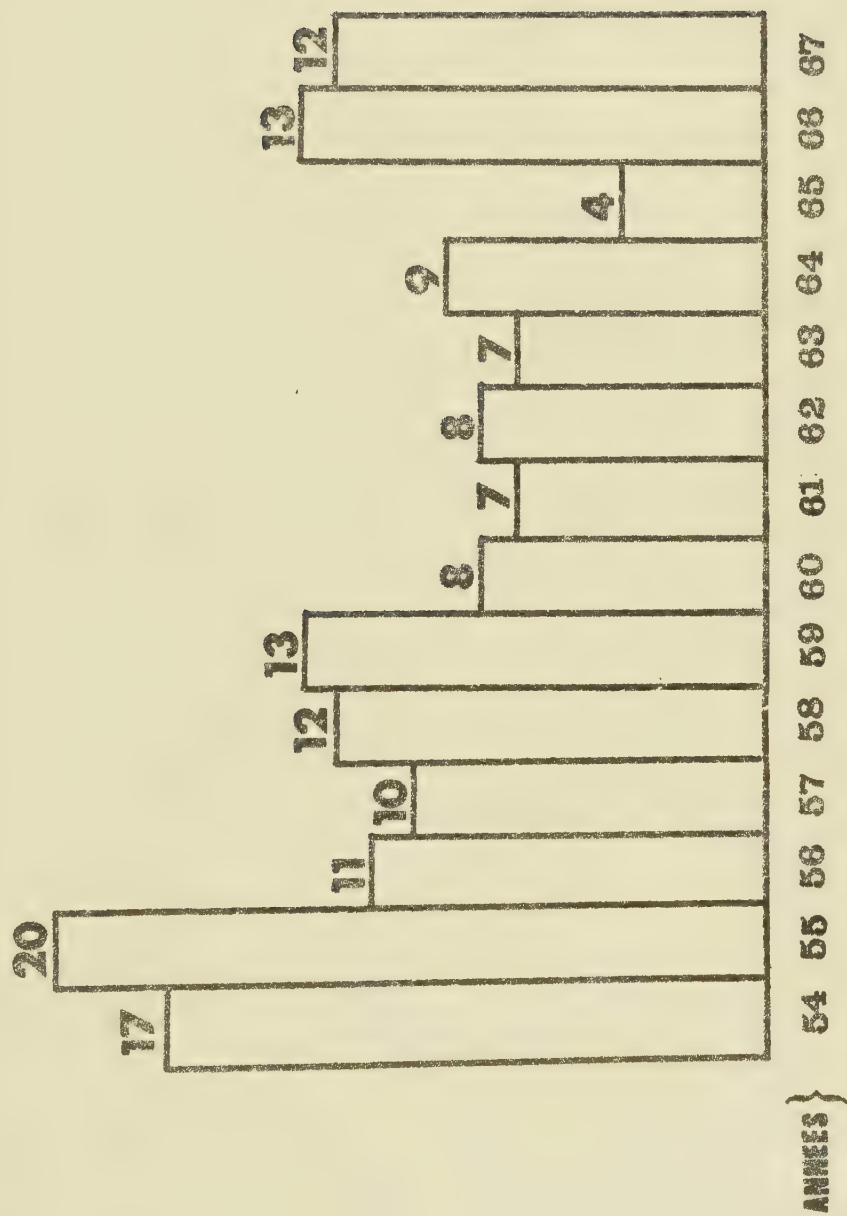
Nous aurons l'occasion de voir plus loin le rôle de l'âge dans l'évolution de la maladie.

Auparavant, nous allons étudier la répartition par années.

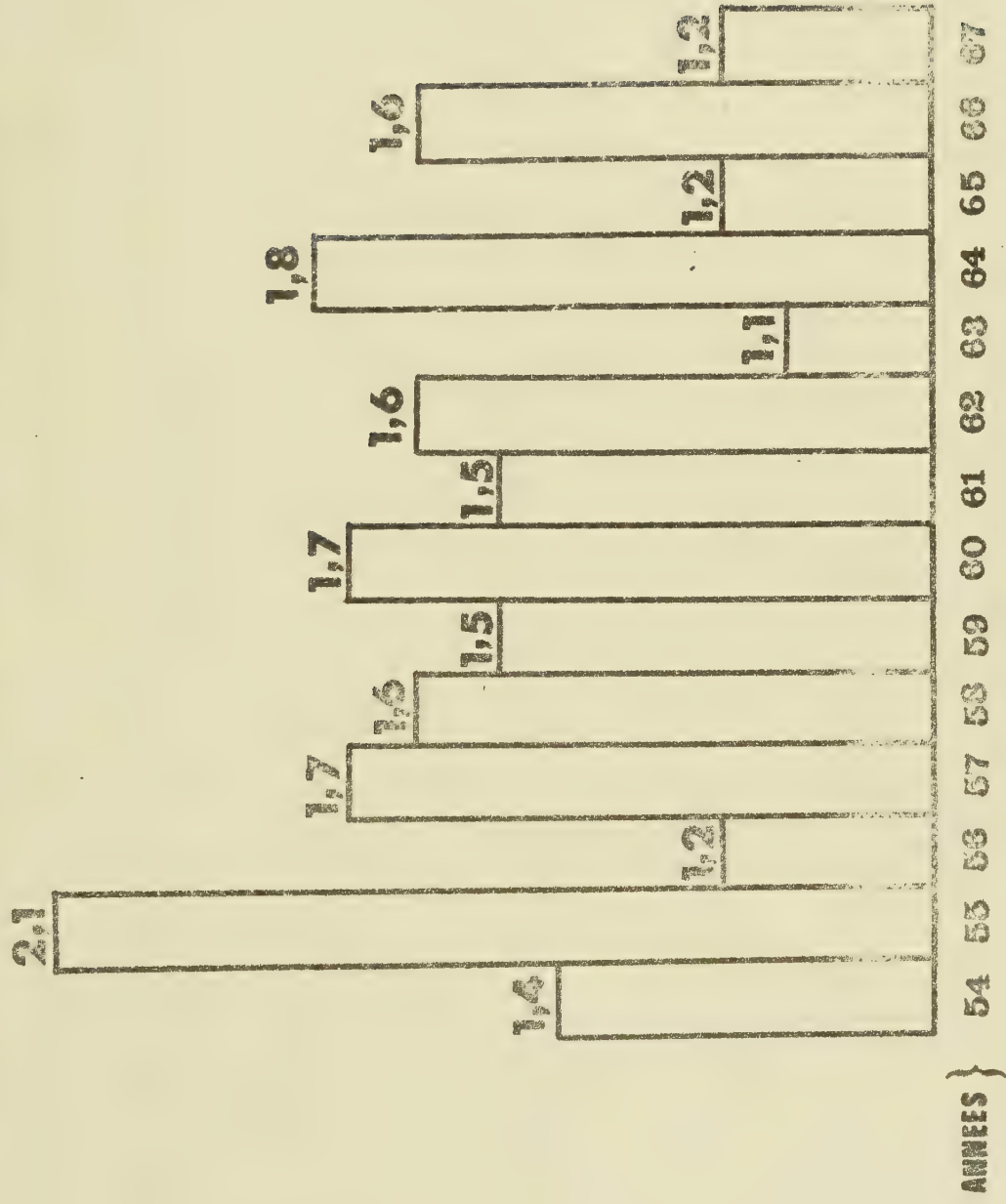
NOMBRE DE MALADES PAR ANNEE



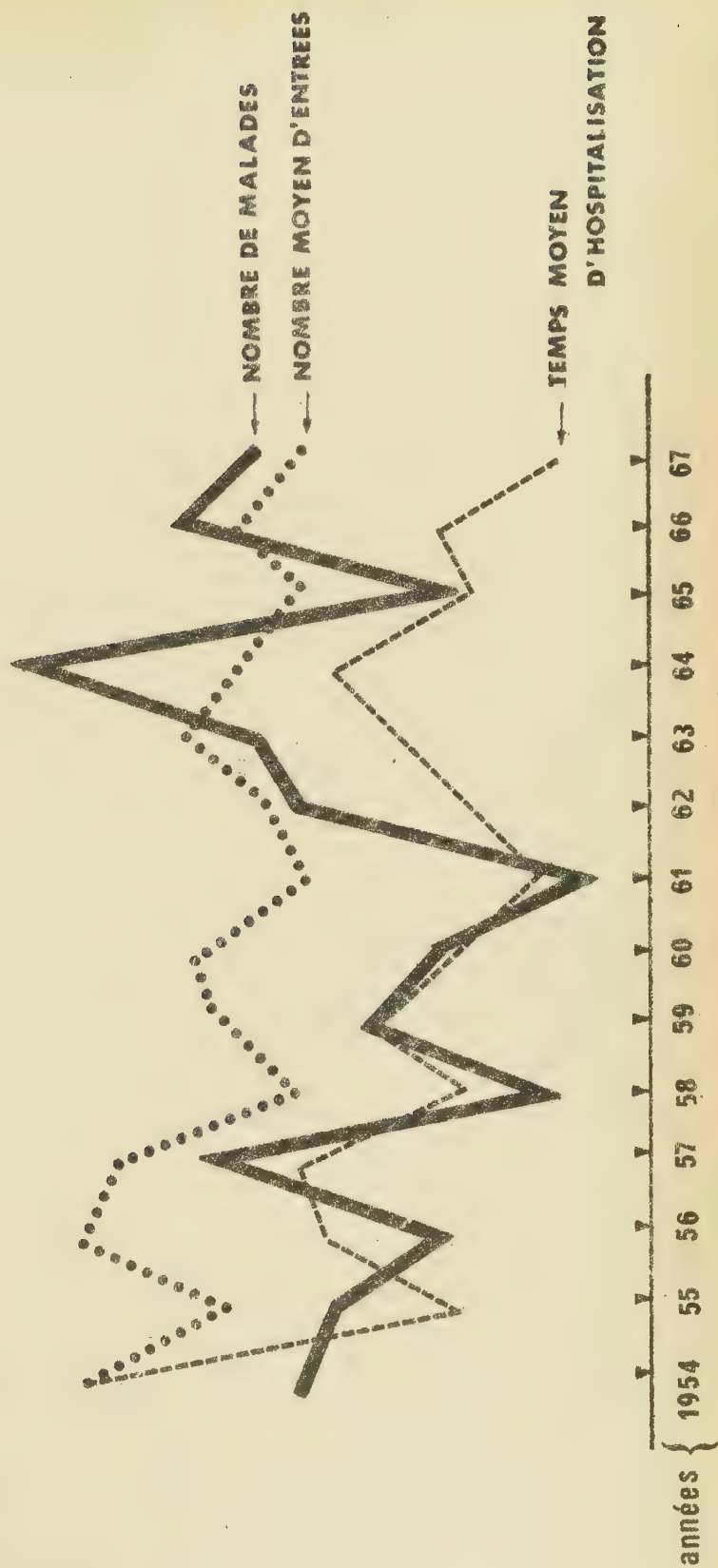
CURVE OF HOSPITALISATION MOYENNE PAR ANNÉE



NOMBRE MOYEN PAR MALADES D'ENTREES PAR ANNEES



REPARTITION DES RESULTATS OBTENUS PAR ANNEES



Répartition par années

Années	Nombre de malades	Total des semaines	Moyenne	Total des entrées	Moyenne
1954	9	155	17	13	1,4
1955	7	142	20	15	2,1
1956	5	55	11	6	1,2
1957	11	109	10	19	1,7
1958	12	142	12	20	1,6
1959	14	178	13	22	1,5
1960	14	97	8	25	1,7
1961	13	92	7	20	1,5
1962	10	75	8	16	1,6
1963	13	100	7	15	1,1
1964	15	138	9	28	1,8
1965	17	76	4	21	1,2
1966	20	278	13	35	1,6
1967	15	184	12	19	1,2
	174	1821	14	274	1,5

Nous voyons maintenant ce qui s'est passé au cours des 14 ans que nous envisageons.

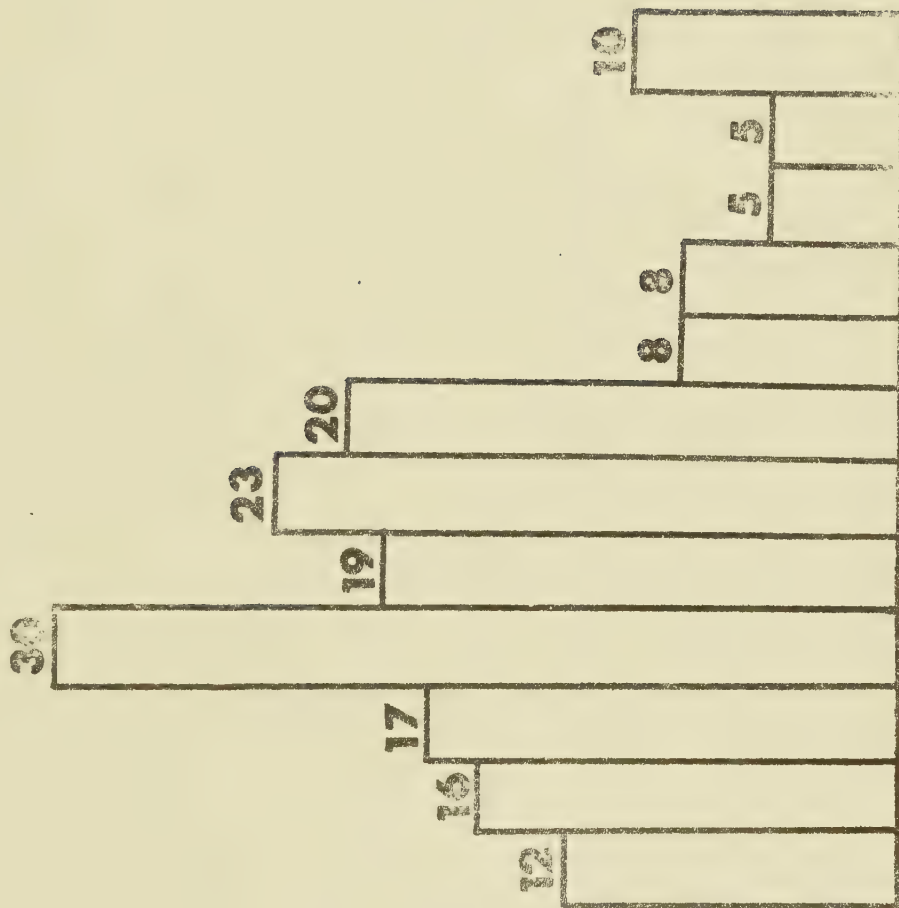
Nous remarquons tout d'abord que le nombre de malades hospitalisés va croissant. Cette progression est très irrégulière. Si nous admettons un risque de 1% nous obtenons pour la fluctuation de la moyenne ± 3 , ce qui nous amène à une variation entre 9 et 15, et nous pouvons voir qu'à partir de 1964 le nombre de malades est à la limite ou au-dessus. Il pourrait peut-être se produire dans ce département une augmentation de cette forme nosologique. Lorsque nous comparons ce résultat à celui des psychoses chroniques, nous voyons que l'orientation des courbes tend à prendre une allure contraire. En effet la variation du nombre des entrées par années chez celles-ci a tendance à se faire en diminuant, alors que nous avons souligné l'inverse pour les formes aiguës. Il existe peut-être un balancement entre ces deux formes de maladies.

Si nous nous penchons sur le mouvement hospitalier, il nous est difficile de dégager un élément valable dans la variation des entrées. Excepté 1955 qui a enregistré plus de rechutes que les autres années, le reste semble être le résultat du hasard.

Quant à la durée hospitalière, après une diminution appréciable par rapport à 1954, 1955, elle reste stationnaire. Nous n'obtenons plus de progrès sensibles actuellement, depuis la découverte des neuroleptiques, du moins qui puissent être mesurables de cette façon.

Si nous calculons ce que représente ce groupe par rapport à la totalité des entrées, en 1967, nous obtenons 5,1%. Nous référant à une statistique établie par L'I.N.S.E.R.M. pour toute la France et portant sur la même année, nous y trouvons pour cette classe 5,3%. Il semble donc que la population de l'Eure et Loir se situe dans la ligne générale de l'ensemble du territoire.

Population by Age Group



ANS } 15 - 20 - 25 - 30 - 35 - 40 - 45 - 50 - 55 - 60 - 65 - 70 - 75

Age de la 1ère entrée

Age d'entrée	Nombre de malades	Pourcentage
15-20 ans	12	6,5%
21-25	16	9,2%
26-30	17	9,8%
31-35	30	17,3%
36-40	19	10,9%
41-45	23	13,2%
46-50	20	11,5%
51-55	8	4,6%
56-60	8	4,6%
61-65	5	2,8%
66-70	5	2,8%
71 et plus	10	5,7%

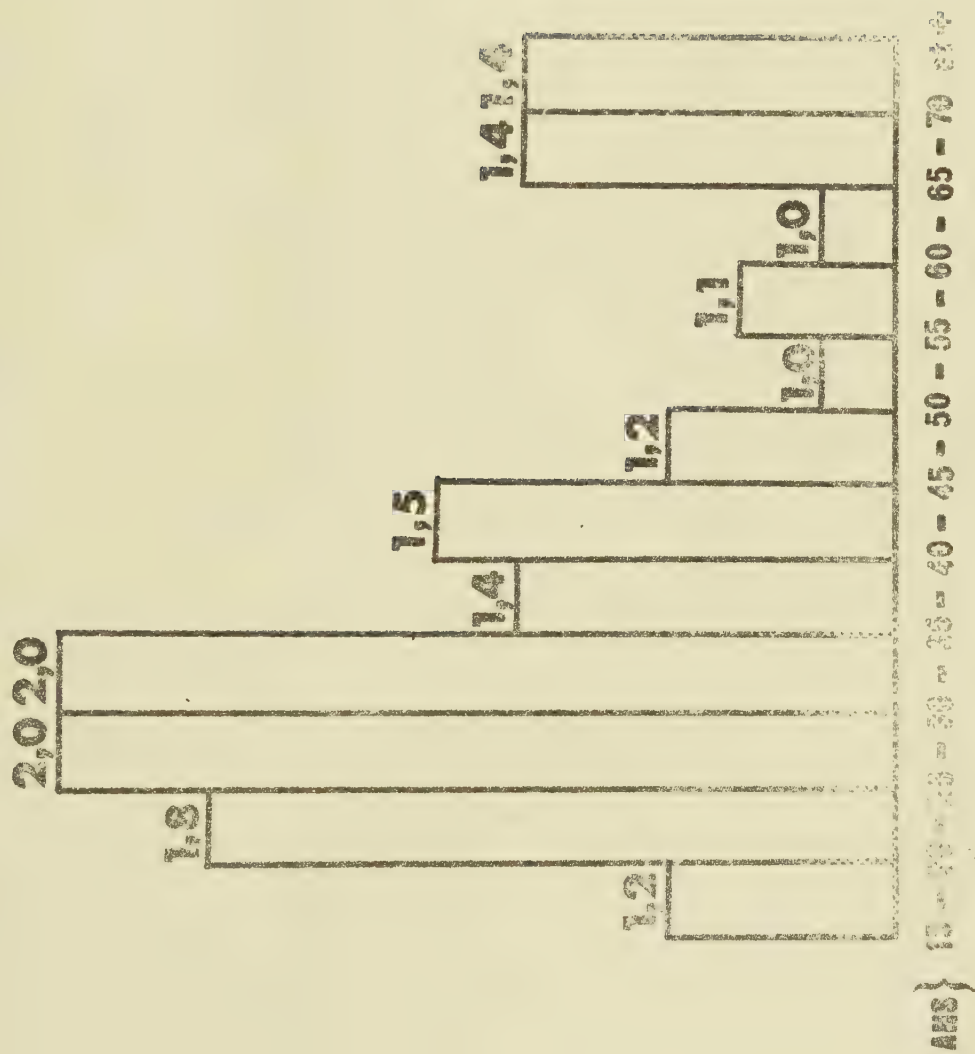
Voyons maintenant les effets de l'âge sur l'évolution de la maladie.

Nous nous proposons d'examiner tout d'abord la répartition des malades par âge de la première entrée. Nous avons constitué des tranches de 5 ans, ainsi que nous l'avons dit, la limite inférieure étant 15 ans. En effet nous n'avons affaire qu'avec un service d'adultes. Cette distribution, après usage, nous a semblé la plus commode pour éviter une trop grande dispersion des résultats. Le tableau des pages précédentes, illustré par un graphique nous montre la concentration des malades entre 15 et 50 ans, avec un maximum pour 30-35 ans. La moyenne étant de 14 et la variance de 60, les fluctuations autorisées sont de ± 6 , le maximum qui pourrait être attribué au hasard est de 20 malades. Nous avons donc deux résultats significatifs: pour les tranches de 30-35 ans où l'incidence de la maladie est la plus grande. C'est pour ces âges que, dans le département, le risque de faire une bouffée délirante est grand. Il nous reste à voir si ces périodes sont aussi celles où le génie évolutif de la maladie est le plus grave.

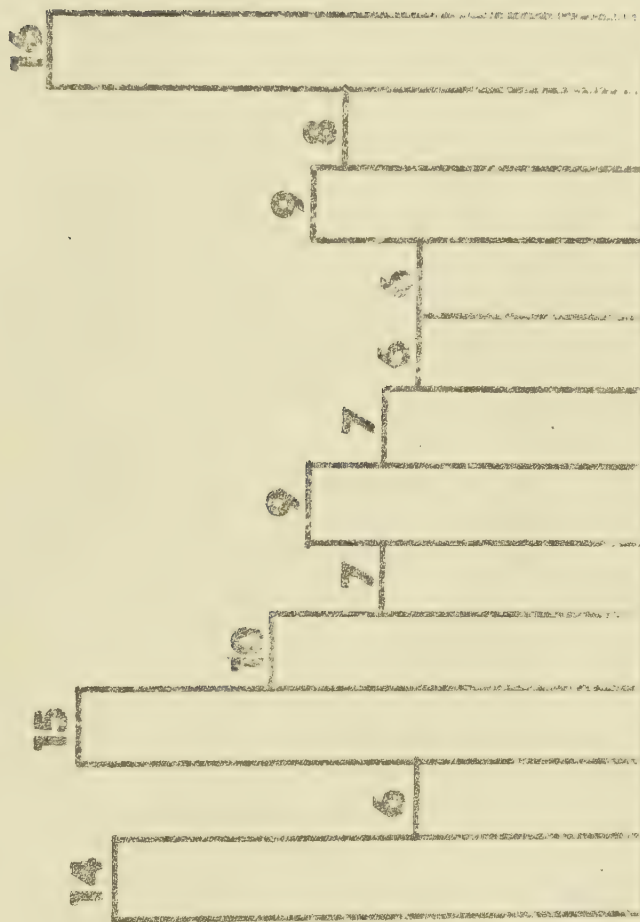
Analyse du mouvement hospitalier

par tranches d'âges

Tranche d'âges	Effectif	Entrées	Moyenne	Semaines	Moyenne
15-20	12	15	1,2	176	14
21-25	16	29	1,8	100	6
26-30	17	35	2,0	258	15
31-35	30	60	2,0	318	10
36-40	19	28	1,4	147	7
41-45	23	36	1,5	206	9
46-50	20	24	1,2	151	7
51-55	8	8	1,0	51	6
56-60	8	9	1,1	58	6
61-65	5	5	1,0	45	9
66-70	5	7	1,4	39	8
71 et plus	10	14	1,4	159	16
Total		270	m= 1,5	1708	m= 10



MOYENNE DES SEMAINES D'HOSPITALISATION PAR AGE



AGE (en années) : 0-10, 10-20, 20-30, 30-40, 40-50, 50-60, 60-70, 70-80, 80-90, 90-100, 100+

REPARTITION DES RESULTATS PAR ÂGES

MOYENNE DU TEMPS
D'HOSPITALISATION

MOYENNE DES ENTREES

NOMBRE DE MALADES

15-20 20-25 25-30 30-35 35-40 40-45 45-50 50-55 55-60 60-65 65-70 70 et +



Nous avons réuni dans une même présentation l'âge de la première entrée à titre de rappel, puis le nombre moyen d'entrées par tranche d'âge, enfin la moyenne du temps d'hospitalisation pour chaque période.

En ce qui concerne le nombre de récurrences nous voyons que le maximum est atteint avec 2,0 pour les âges de 25 à 35 ans et que nous retrouvons l'âge de la plus grande fréquence.

Trois tranches, en fait, d'ailleurs regroupées dépassent largement la moyenne. Il s'agit de la période qui s'étend de 20 ans à 35 ans. Il apparaît que la plus grande sensibilité à la maladie se situe dans la deuxième et la troisième décennie de la vie. La répartition des autres âges restant dans les limites d'une variation normale de la moyenne ne présentent pas de notions significatives. Nous avons donc affaire à une maladie de jeunes, étant bien entendu que nous avons écarté de notre classification les états délirants aigus symptomatiques d'une affection chronique, telles les démences, ce qui nous ôtera du même coup nombre de malades âgées.

Quand nous nous intéressons à la durée du séjour hospitalier, en admettant schématiquement que celle-ci est proportionnelle à la gravité de la maladie, nous voyons se dessiner également trois "sommets" correspondant aux séries 15-20 ans, 25-30 ans, et 70 ans et plus. Après avoir revu cette dernière période nous avons constaté que la raison de ce résultat aussi élevé était dû au fait que ces malades nous étaient confiées jusqu'à leur mort, même si elles ne présentaient pas de signes de détérioration intellectuelle. Nous ne pourrions donc pas utiliser ce résultat quant à la durée de la crise. Examinons donc les deux autres. Nous voyons que c'est au tout début de la vie d'adulte que la maladie paraît la plus sérieuse, si nous nous référons au critère du séjour hospitalier

Nous précisons immédiatement que les deux résultats sont significatifs même avec un risque de 1%.

Nous retrouvons une période d'âge que nous avons déjà noté précédemment. C'est entre 25 et 30 ans que le risque de récidives est le plus important et la durée de séjour hospitalier la plus élevée.

Nous avons regroupé tous ces résultats dans un seul tableau qui permettra un coup d'oeil rapide et synthétique de la situation.

Nous avons pu voir tout au long de ce chapitre les principaux éléments qui caractérisent l'évolution de ce groupe.

Nous avons noté l'importance du nombre de malades sorties et le chiffre dérisoire des décès, ainsi que l'absence de chroniques. Nous avons constaté les résultats remarquables de la thérapeutique, qui a diminué le nombre de récidives, raccourci la durée de l'hospitalisation, pour la ramener à une moyenne de 11 semaines. Et 82,3% des malades ne sont pas restées plus d'un mois.

Nous avons pu voir aussi que le nombre de personnes hospitalisées avec ce diagnostic allait en augmentant au cours de ces dernières années, mais que le temps de séjour diminuait. Nous avons pu penser que les bouffées délirantes représentaient une forme de décompensation, équivalente aux troubles névrotiques et sensibles à la manière de vivre.

C'est vers 30-35 ans que l'incidence de la maladie est la plus forte. Nous avons d'ailleurs retrouvé cette tranche d'âge pour les autres psychoses aiguës, comme si cette période de la vie était la plus fragile.

Nous pensons donc que cette forme est une de celles à être les plus sensibles au dispositif thérapeutique moderne (neuroleptiques, dispensaires, foyers de post-cure). Le problème se pose aussi de savoir si cette entité nosologique ne risque pas de se multiplier et de représenter une des formes de pathologie les plus importantes.

C) - Etats confuso-oniriques.

Nous regroupons sous le terme d'états confuso-oniriques, des malades ayant présenté un état de destruction de la conscience se manifestant par la désorientation temporo-spatiale; la perte de l'attention soutenue, la perplexité anxieuse, etc..., associée ou non à un vécu onirique.

Cet état est classiquement symptomatique de diverses intoxication endogène ou exogène, éthylisme par exemple ou troubles intercritiques des épilepsies, quelquefois purement "essentiel".

Nous avons éliminé, cependant, les cas qui se présentent comme symptômes d'une autre maladie mentale (entrée dans la démence, schizophrénie).

Après ces précisions, voyons quelle a été l'histoire de ces malades. Nous savons déjà que sur les 522 cas de psychoses aiguës, les états confusionnels en représentent les 23,7%, ce qui les met en dernière place. A l'intérieur du cadre nosologique, il y a une nette prédominance des sorties, avec 82,7% des entrées, un chiffre faible de décès, 13, soit 10,4% et une quantité pratiquement nulle de chroniques.

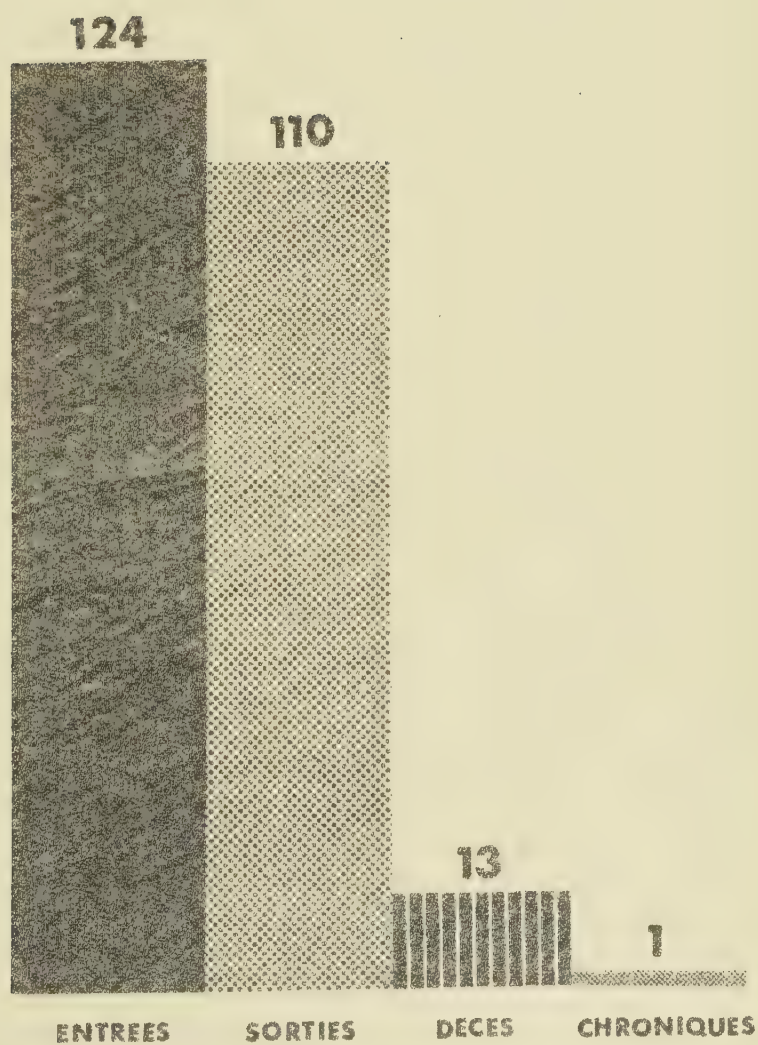
Nous avons inclus dans ce groupe les cas de délirium tremens qui, nous le savons, ont encore un pourcentage élevé de décès. Cependant nous devons constater que les résultats sont très bons, et que cette forme de pathologie réagit très bien aux traitements modernes.

L'analyse de la proportion de récurrences vient compléter et confirmer les propos que nous avons énoncés plus haut.

Etats confuso-oniriques

Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
124	110	13	1
	88,7%	10,4%	0,9%

REPARTITION GLOBALE

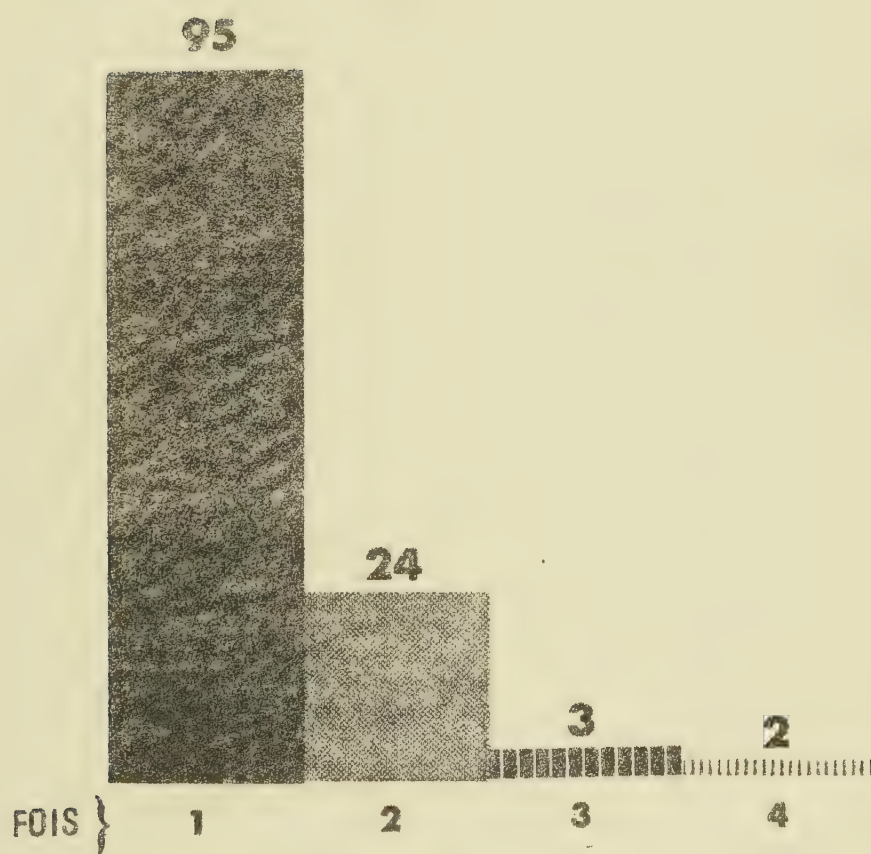


Répartition des entrées

Répartition des entrées	Effectif	Pourcentage	Entrées totales
1 fois	95	76,6%	95
2 fois	24	19,3%	48
3 fois	3	2,4%	9
4 fois	2	1,7%	8
Total	124	100%	160

Récidives: 23,4%

REPARTITION DES ENTREES



Non seulement la proportion des sorties est élevée mais aussi le mouvement des malades est faible. Nous voyons avec le tableau précédent que le pourcentage de récidives est peu important puisque de 23,4%. De plus l'étalement des entrées est réduit, le maximum atteint étant de quatre fois. D'où la variance basse, $s^2 = 0,35$.

Pratiquement, il y a peu de rechutes dans les cas de confusion qui sont passés à l'hôpital, soit que nous ayons supprimé la cause (pour l'éthylisme, cela semble douteux), soit que nous ayons pu prévoir les rechutes, ce qui nous paraît plus probable.

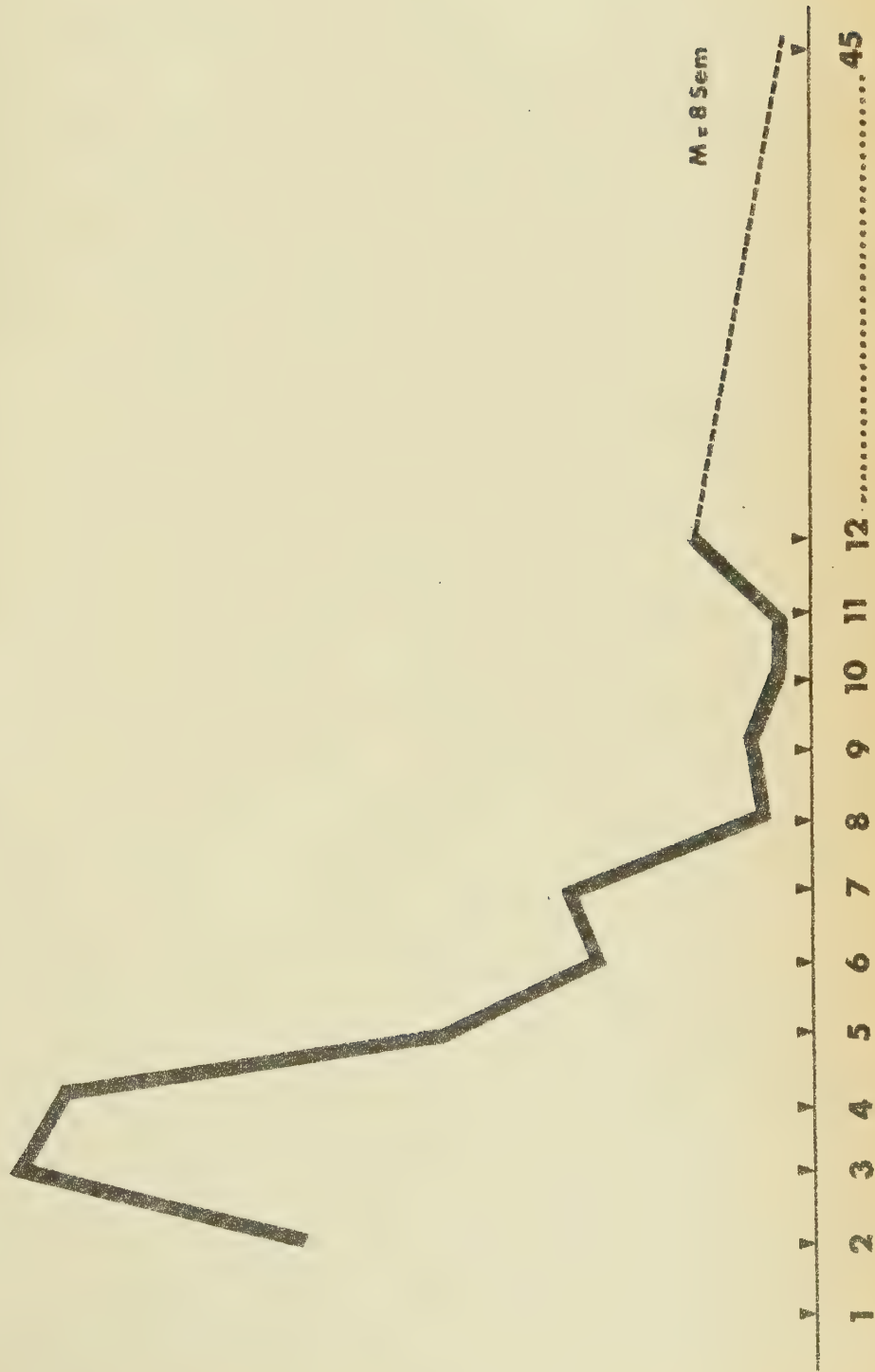
Nous aurons l'occasion de voir que c'est le chiffre le plus bas que nous ayons pu atteindre pour les psychoses aiguës.

Il se peut que cette réduction des récidives se traduise par une augmentation de la durée d'hospitalisation. L'analyse de la répartition des temps d'hospitalisation va nous permettre de montrer qu'il n'en est rien. Et que l'amélioration touche également la durée du séjour à l'hôpital.

Répartition de la durée

	Nombre de malades	Durée	Pourcentage
1	13	13	8,2%
2	20	40	12,6%
3	31	63	19,6%
4	30	120	18,9%
5	14	70	8,8%
6	9	54	5,6%
7	10	70	6,3%
8	8	64	5,0%
9	2	18	1,2%
10	2	20	
11	1	11	0,6%
12	4	48	2,5%
13	2	26	1,2%
14	2	28	
16	2	32	
20	2	40	
23	1	23	0,6%
26	1	26	
34	1	34	
35	1	35	
45	2	90	1,2%
Total	158	955	100%

REPARTITION DE LA DUREE HOSPITALIERE



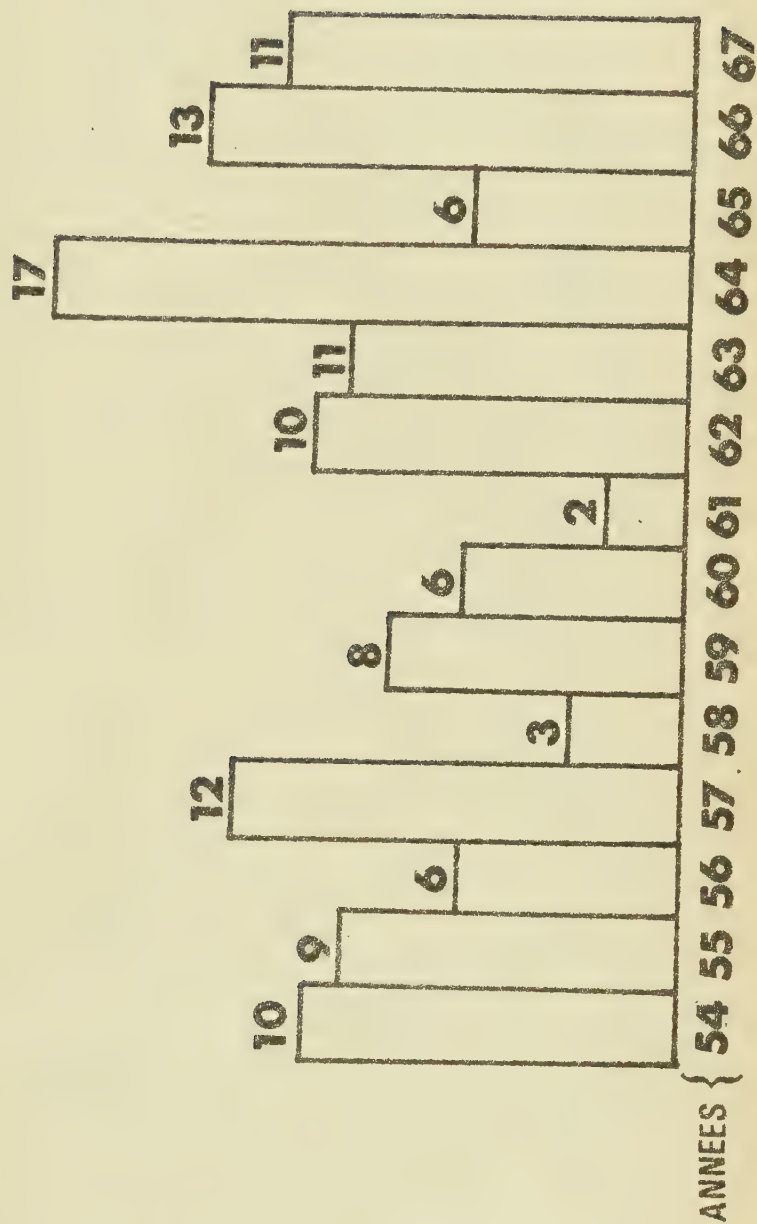
En effet, nous voyons que le maximum dans le temps de séjour est inférieur à un mois. Nous avons pris, comme unité de temps la semaine et les pourcentages les plus élevés concernant 2 semaines 12,6%, 3 semaines, 19,6%, et 4 semaines 18,9%, ce qui donne pour ces trois résultats 51,1% c'est-à-dire plus de la moitié. Nous obtenons une moyenne de 2 mois. Nous voyons que le temps d'hospitalisation est considérablement réduit, et que la diminution du nombre d'entrées a été suivie d'un raccourcissement parallèle du temps d'hospitalisation. Celui-ci tend à se rapprocher d'une distribution normale plutôt écrasée.

Après avoir étudié les différents paramètres sur l'évolution générale de la maladie, nous nous proposons maintenant de voir comment se situe cette évolution dans le temps.

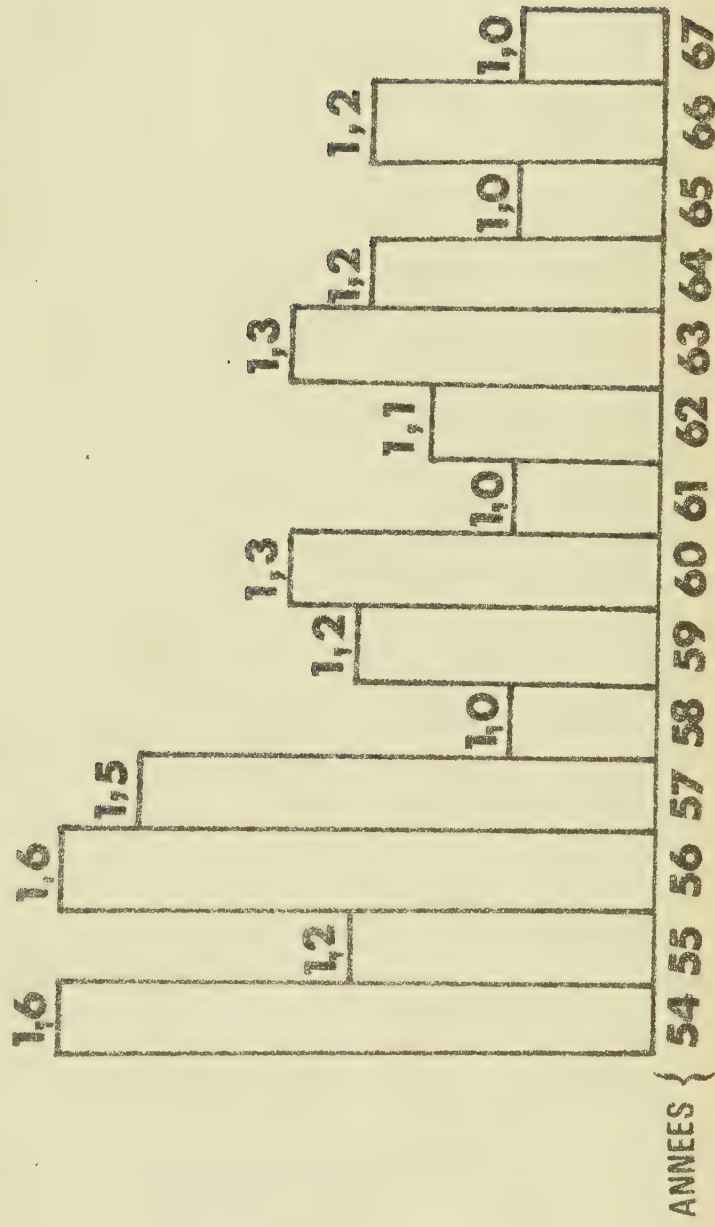
Répartition par années

Années	Nombre de malades	Pourcentage	Total des entrées	Nombre moyen d'entrées par malade	Total semaines	Nombre moyen de semaines
1954	10	8,0%	16	1,6	167	16
1955	9	7,2%	11	1,2	49	5
1956	6	4,8%	10	1,6	54	9
1957	12	9,6%	19	1,5	130	10
1958	3	2,4%	3	1,0	17	5
1959	8	6,4%	10	1,2	60	8
1960	6	4,8%	8	1,3	32	5
1961	2	1,6%	2	1,0	7	3
1962	10	8,0%	11	1,1	53	5
1963	11	8,8%	15	1,3	74	7
1964	17	13,7%	22	1,2	149	9
1965	6	4,8%	6	1,0	33	5
1966	13	10,4%	16	1,2	84	6
1967	11	8,8%	11	1,0	35	3
Total	124	100%	160	m = 1,2	944	m = 8Sem.

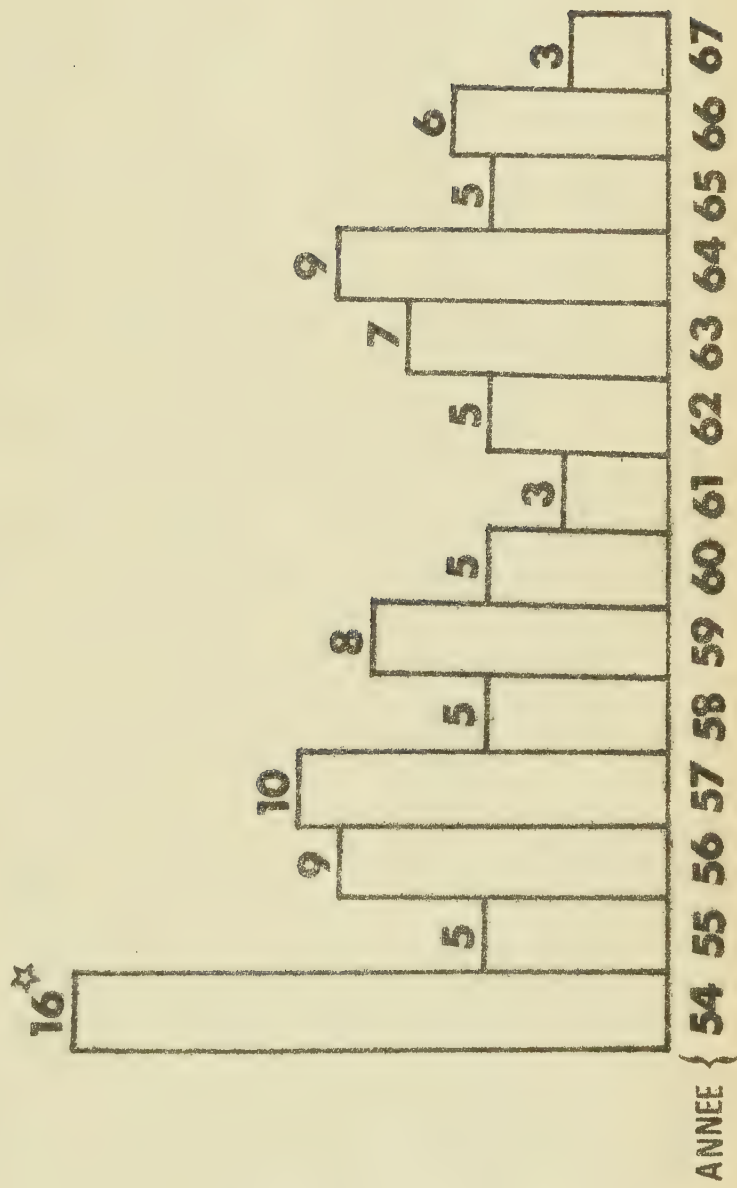
NOMBRE DE MALADES ENTRES PAR ANNEE



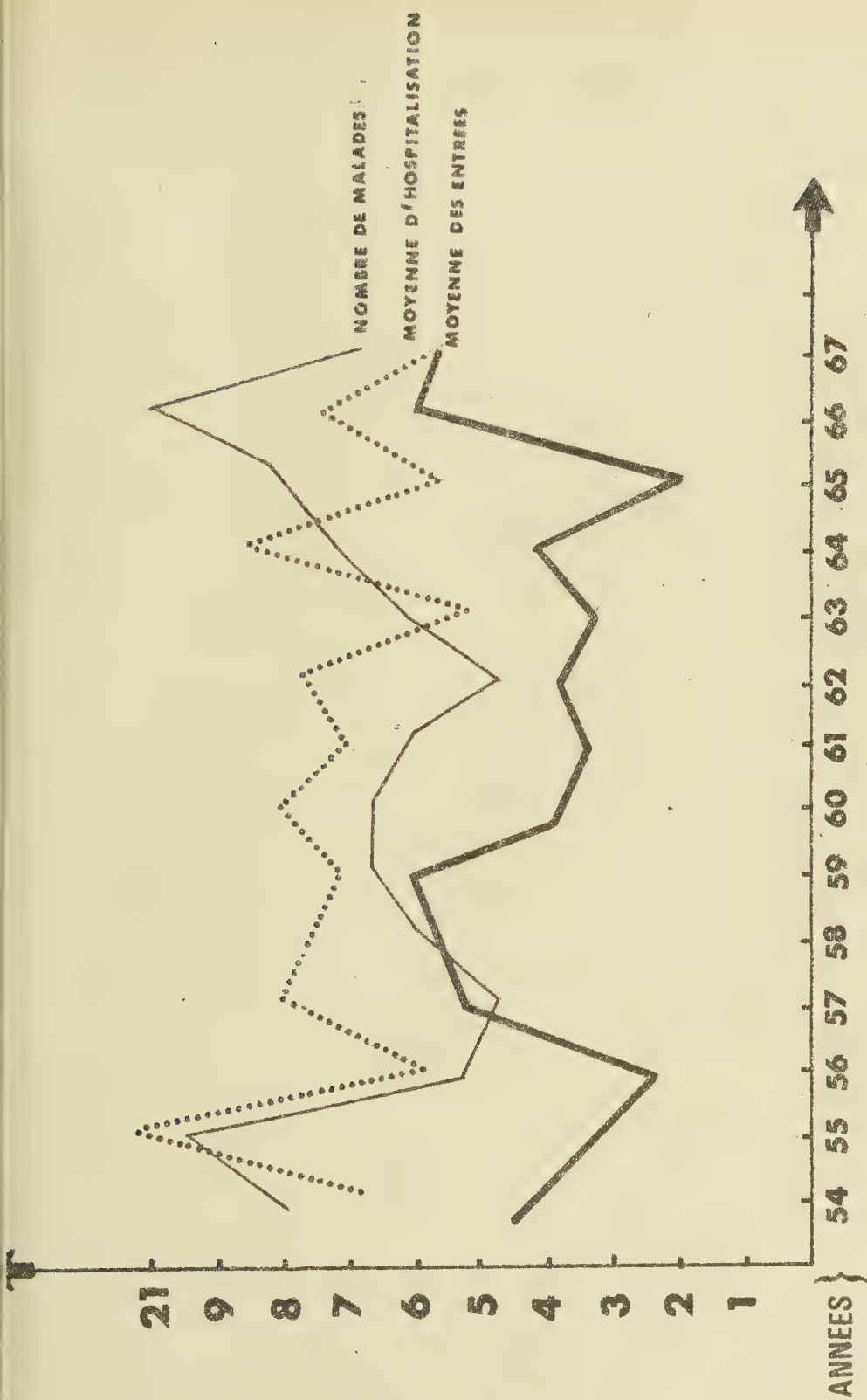
REPARTITION DE LA MOYENNE DES ENTREES PAR MALADES ET PAR ANNEES



DUREE MOYENNE D'HOSPITALISATION PAR ANNEES



(★ L'UNITE EST LA SEMAINE)



Quand nous examinons la variation du nombre de malades entrées par années, nous voyons qu'il n'y a pas de répartition normale et qu'aucun mouvement ne se dessine dans un sens ou dans l'autre. Il semble donc que la variation soit d'ue au hasard seul. En tous cas nous ne pouvons pas dire qu'il y ait plus ou moins de psychose confusionnelle à l'heure actuelle.

La suite de notre estimation se fera sur des moyennes par rapport au nombre de malades, ce qui nous permettra de comparer entre eux les résultats obtenus, sans être gênés par la variation du nombre de cas.

Nous enregistrons une légère baisse du nombre de récidives au fur et à mesure que nous nous avançons vers 1967. Il est vrai que cette variation reste infime. C'est à partir de 1958 que la différence devient nette, les pics étant un peu moins élevés.

Nous constatons à peu près la même chose à propos de la moyenne des entrées. Une baisse importante de 1954 à 1955 puis plus discrète ensuite. Comme l'évolution est un peu identique pour le nombre des entrées, il s'agit peut-être d'une simple corrélation, le premier phénomène expliquant le second. Nous avons calculé le coefficient de corrélation qui est de $r = 0,37$, soit une probabilité de 15%, ce qui élimine ce facteur. La diminution est bien réelle.

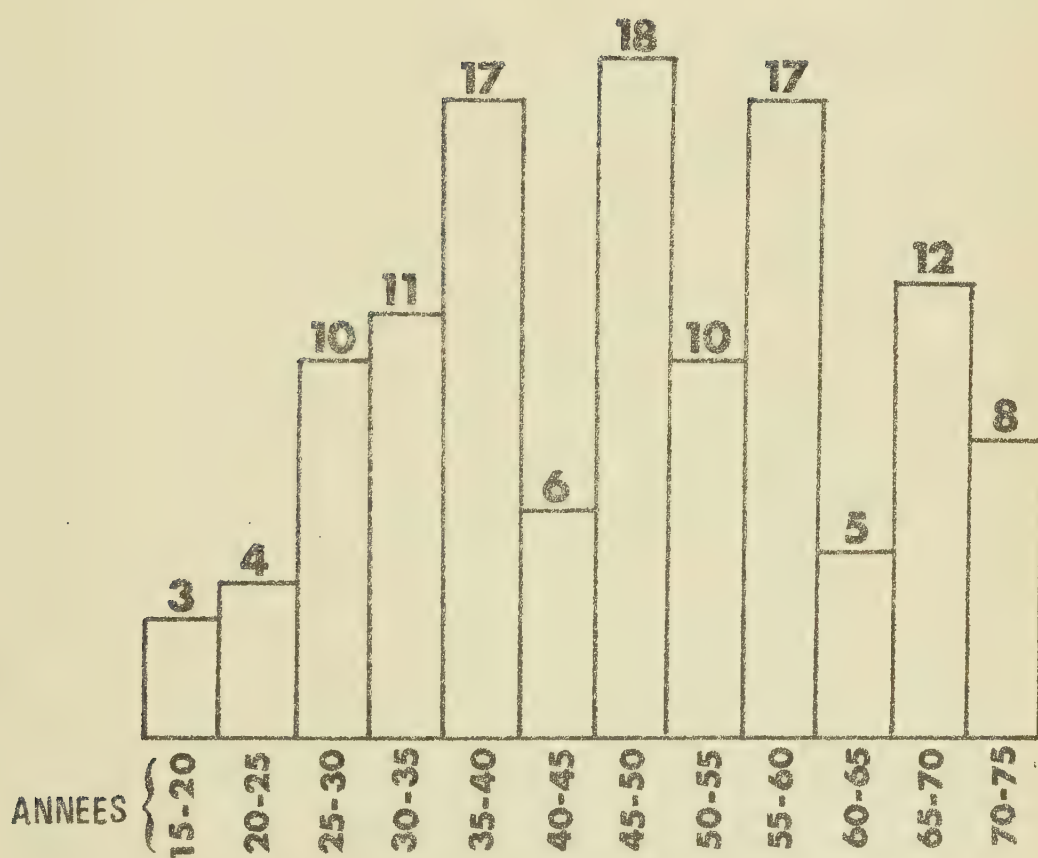
Nous avons résumé ces résultats dans un même tableau.

Répartition des âges de

première entrée

Tranche d'âge	Nombre de malades	Pourcentage
15-20 ans	3	2,4%
21-25	4	3,3%
26-30	10	8,2%
31-35	11	9,0%
36-40	17	14,0%
41-45	6	4,9%
46-50	18	14,8%
51-55	10	8,2%
56-60	17	14,0%
61-65	5	4,1%
66-70	12	9,9%
71 et plus	8	6,6%

REPARTITION DES ÂGES DE LA PREMIERE ENTREE



Nous allons étudier maintenant le rôle de l'âge dans l'évolution de ces divers critères.

Nous avons pu voir dans notre précédent chapitre qu'il semblait y avoir une amélioration dans les résultats obtenus, tant sur le nombre de récurrences que sur la durée de l'hospitalisation. Nous avons vu, également, que la fluctuation du nombre de malades entrées au cours des années semblait due au hasard, et qu'on ne pouvait pas en dégager la notion d'accroissement ou de diminution.

Nous allons voir qu'en ce qui concerne l'âge à partir duquel les malades ont commencé à se faire soigner à l'hôpital, nous trouverons des différences appréciables et que celui-ci jouera un sort sur le pronostic de la maladie.

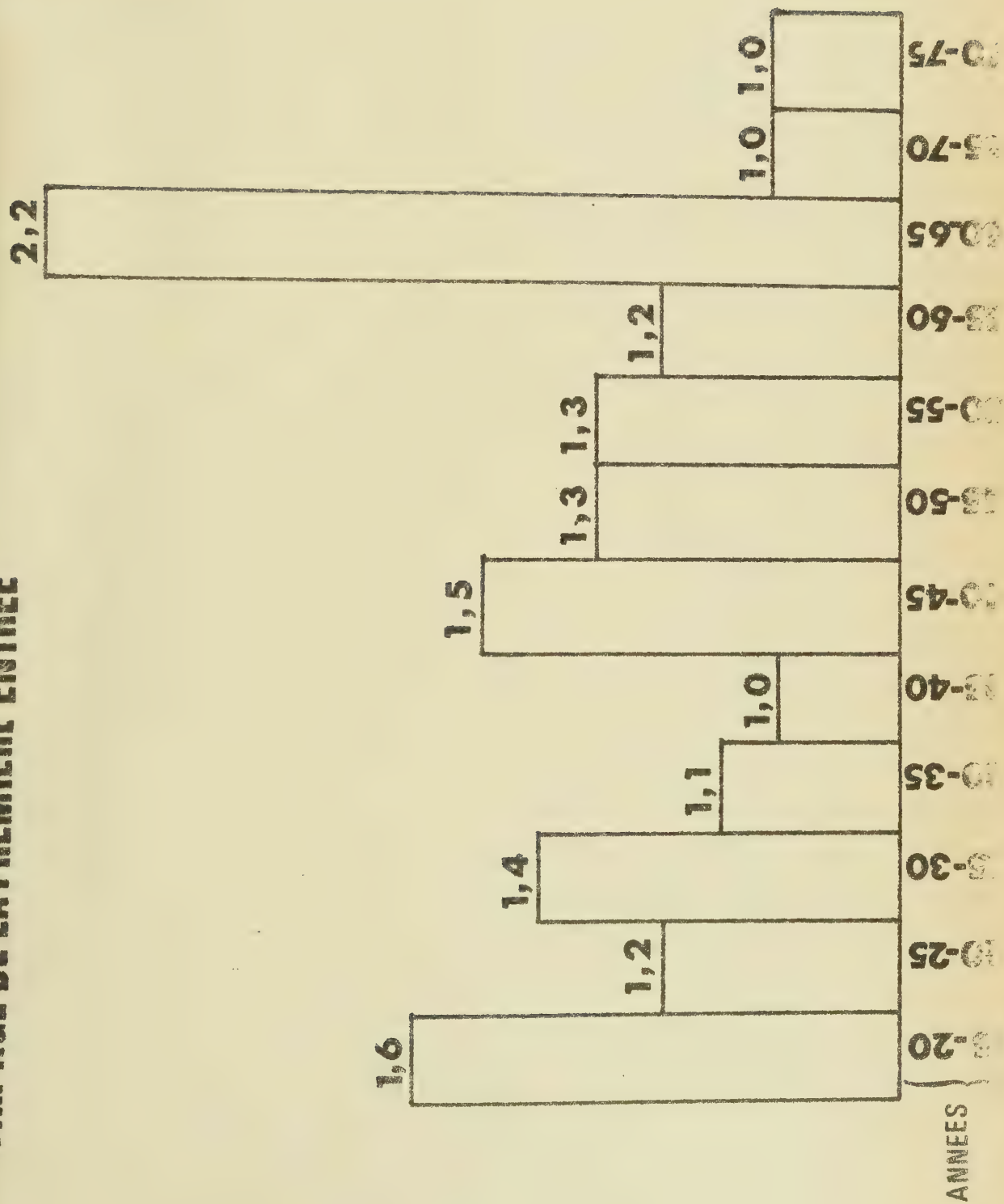
Nous avons regroupé les malades par groupes d'âge de leur première entrée à l'hôpital de Bonneval. Cela pourrait fausser un peu la valeur des résultats, car il est probable qu'un certain nombre d'entre elles a dû avoir été soignées dans un autre établissement. En réalité, ce nombre est très faible, car la population du département compte peu d'éléments migrants, et la grande majorité des habitants ne connaît pas d'autre établissement que le nôtre. Même les frontaliers sont venus chez nous pour des raisons de commodité.

Voyons maintenant les résultats que nous avons obtenus.

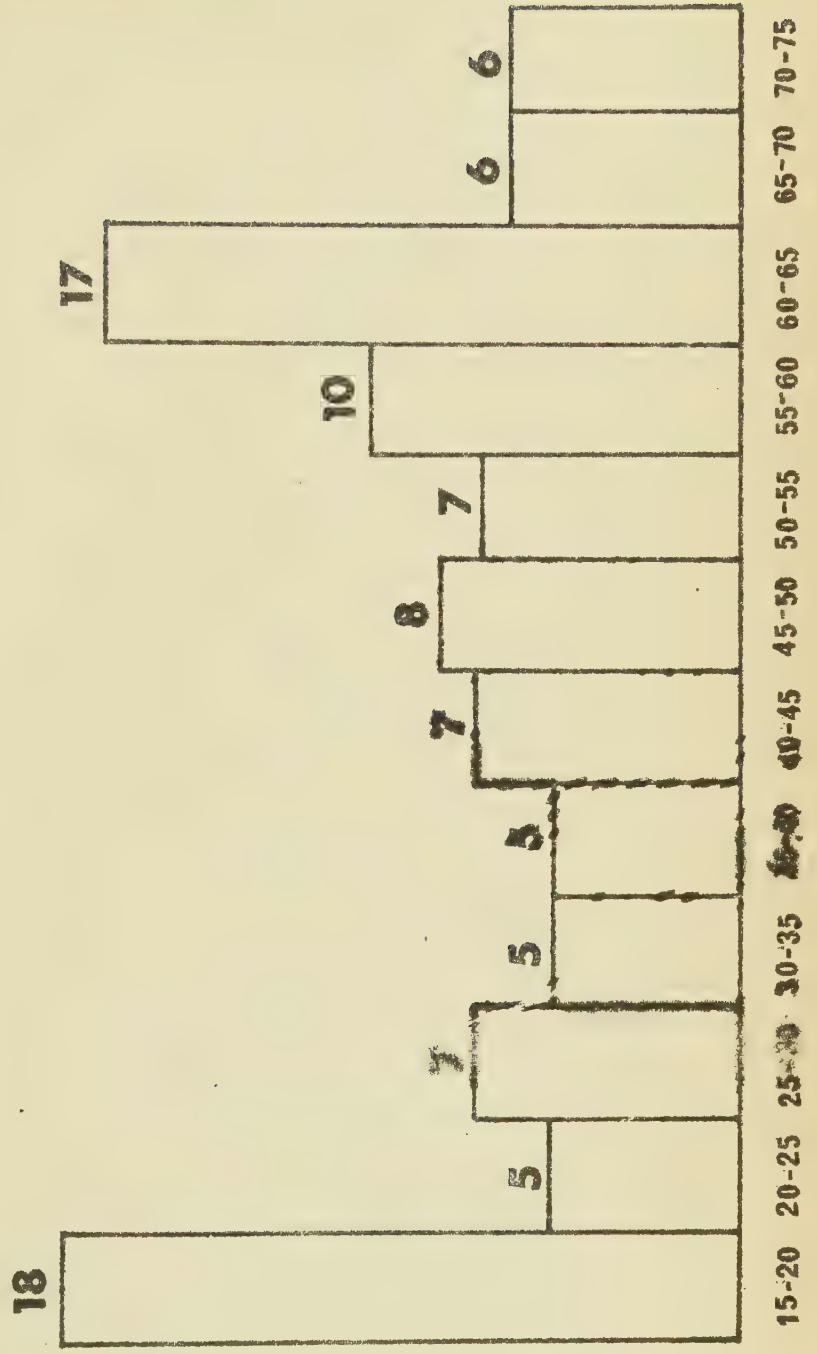
Répartition par âges

Age	Malades	Total des entrées	Moyenne	Total des semaines	Moyenne
15-20 ans	3	5	1,6	54	18
21-25	4	5	1,2	20	5
26-30	10	14	1,4	69	7
31-35	11	13	1,1	53	5
36-40	17	18	1,0	89	5
41-45	6	9	1,5	42	7
46-50	18	24	1,3	141	8
51-55	10	13	1,3	67	7
56-60	17	21	1,2	172	10
61-65	5	11	2,2	87	17
66-70	12	13	1,0	70	6
71 et plus	8	8	1,0	49	6
Total	121	154	1,2	913	m = 9

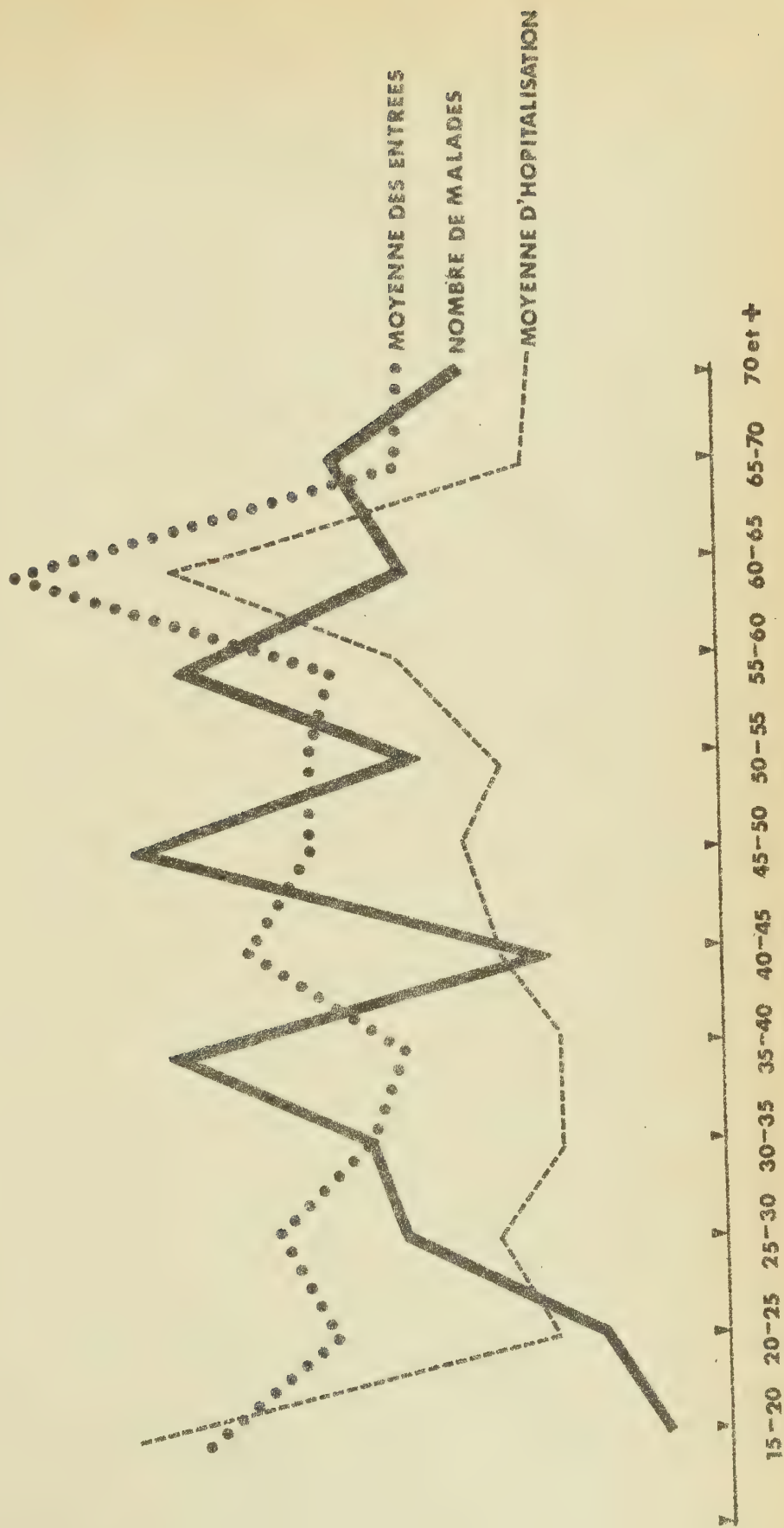
PAR AGE DE LA PREMIERE ENTREE



TEMPS MOYEN D'HOSPITALISATION PAR ÂGE



REPARTITION DES RESULTATS PAR AGE



Si nous regroupons dans une première analyse la quantité de malades par tranches d'âge, tranche que nous fixerons à 5 ans, nous obtenons la répartition précédente. De ce tableau nous voyons apparaître trois chiffres qui sortent de l'ensemble. Il s'agit des résultats correspondant aux tranches de 35-40 ans, 45-50, et 55-60 ans avec respectivement 17 malades, soit 14,0%, 18 malades soit 14,8%, enfin 17 malades soit 14,0%. Il nous faut maintenant éliminer le rôle du hasard sans la distribution des résultats. Si nous admettons un risque de 5%, nous trouvons une variation oscillant entre 13 et 5, et pour un risque de 1%, entre 14 et 5. Les trois chiffres que nous avons mis en évidence sont nettement au-dessus de cette fourchette et sont donc significatifs.

Sans doute, ces périodes correspondent-elles à des moments de l'histoire de l'individu où celui-ci est plus fragile (ménopause, solitude du grand âge, etc...). Cependant ces âges de plus grande incidence de la maladie ne correspondent pas nécessairement à ceux où l'expression de la maladie est la plus grave. C'est ce que nous allons voir maintenant.

Si nous examinons tout d'abord la moyenne des entrées par rapport au nombre de malades entrés par années, cela pourra nous donner un aperçu du risque de récurrence, nous voyons un premier groupe se détacher nettement, la tranche d'âge qui s'étend de 60 à 65 ans ($m = 2,2$). Ce résultat est très nettement au-dessus des autres, ainsi que le montre l'histogramme. C'est donc vers cette période que le malade est le plus vulnérable et que le risque de le voir revenir est le plus grand.

Le reste présente moins d'écarts. De cet ensemble, la moyenne la plus élevée est celle des 15-20 ans, avec 1,6, suivie de près par les 40-45 ans (1,5). C'est aux âges extrêmes de la vie que l'on est le plus sensible à cette forme de pathologie. Nous constatons en même temps que les âges de plus grande fréquence ne correspondent pas à ceux que nous avons observés précédemment qui étaient ceux de la plus grande quantité de malades. En effet c'était à 35-40 ans, 45-50, et 55-60 que nous avons eu à soigner le plus de personnes, et les résultats que nous avons trouvés nous indiquent les tranches d'âge de 15-20 ans et 60-65 ans. Nous voyons immédiatement que les périodes de plus grande incidence ne correspondent pas avec celles de plus grande fréquence.

Quant à la durée d'hospitalisation, nous retrouvons les mêmes séries que pour le nombre d'entrées. Il est possible que ces deux facteurs soient liés entre eux ce qui ne serait du reste pas surprenant. Nous avons calculé le coefficient de corrélation entre ces deux séries de résultats et nous trouvons $r = 0,80$, ce qui nous donne $t = 4,1$, soit une probabilité $\alpha = 1$ pour mille ce qui est très significatif. Les deux facteurs sont liés entre eux.

Nous regroupons tous ces résultats dans un tableau commun.

L'étude des différents éléments nous ont permis de dégager quelques traits évolutifs particuliers à ce groupe nosologique.

La forte proportion de sorties à l'époque actuelle, correspondant à un risque de récidence peu élevé. La durée d'hospitalisation est réduite, et le pourcentage de formes chroniques très faible. Les âges de plus grande morbidité se situant vers 35, 45 et 55 ans, enfin une tendance à améliorer les résultats avec les progrès récents doit être soulignée.

IV PSYCHOSES CHRONIQUES

Nous nous proposons d'examiner de façon plus précise l'évolution des différents paramètres qui caractérisent le mouvement évolutif des psychoses chroniques.

Nous avons réuni dans cet ensemble tout le groupe des délirants chroniques que l'on peut décomposer selon l'aspect du délire et les caractéristiques de la personnalité sous-jacente.

Le premier groupe sera constitué des psychoses paranoïaques où le délire est compréhensible et systématisé. Nous y incluons les différentes formes cliniques, délires passionnels, délires d'interprétation et les formes reposant sur une personnalité moins sthénique comme le délire de relation des sensitifs.

Le deuxième groupe comprend les délires mal systématisés, dits paranoïdes qui se subdivise en deux sous-groupes selon le type de personnalité sous-jacente.

- les schizophrénies où le délire repose sur la désintégration et la discordance.

- les paraphrénies où le délire vient comme en juxtaposition sur une personnalité normale.

Sur les conseils de notre maître, le Docteur H. EY nous avons abordé ces formes différentes et peut-être dissemblables dans une étude commune.

Pour traiter ces malades nous avons utilisé tout ce que l'arsenal thérapeutique mettait à notre disposition. Nous n'avons pas négligé les méthodes anciennes telles que la convulsivothérapie par l'électricité, la cure de Sakel. Quelques malades auront subi une lobotomie, quand cette méthode, il est vrai, était la seule ressource restant les autres ayant échoué.

Bien entendu les neuroleptiques restent la forme principale de traitement et les méthodes précédentes ont été utilisées en association avec la chimiothérapie. Tous les neuroleptiques ont été essayés, afin de donner aux malades toutes les chances possibles. Même à l'heure actuelle, si nous savons que certains produits sont moins efficaces que les autres nous ne pouvons prévoir lequel ou lesquels agiront.

Nous devons nuancer cette affirmation, car il semble se dégager pour les psychoses paranoïaques une association médicamenteuse groupant un neuroleptique incisif et un neuroleptique sédatif (comme par exemple le Témentil et le Nozinan), et dans la série des phénothiazines. Nous insistons ici sur le fait que la posologie des traitements administrés, à part quelques cas peu nombreux, reste modérée, dans l'ensemble inférieur à 100 mg.

Sur cette base thérapeutique, qui facilite le contact avec le malade, nous nous servons des méthodes psychothérapiques: psychothérapie individuelles de soutien, groupe d'inspiration existentielle (H. EY), groupe d'inspiration analytique.

Nous avons utilisé le travail comme valeur thérapeutique, soit que la manipulation d'objets matériels favorisant la libération de certaines malades, soit que la valorisation morale et même matérielle permettaient leur première réinsertion sociale.

Enfin, un réseau de dispensaires installé dans le département avec une équipe d'assistantes sociales nous permet de suivre les malades après leur sortie. Nous y trouvons la possibilité de consolider ou de modifier le traitement en fonction de chaque cas et de pourvoir à leur réinsertion sociale.

I. RESULTATS GLOBAUX.

Nous avons procédé à une première répartition des malades, et les regroupant dans trois catégories qui les situent du point de vue évolutif, selon qu'elles sont guéries, encore malades ou décédées. Le premier groupe sera donc celui des malades sorties, le deuxième comprendra les malades décédées dans le service, enfin le dernier sera constitué des malades encore hospitalisées soit qu'elles ne soient jamais sorties, soit qu'elles ne soient pas sorties depuis longtemps.

Nous présentons ces résultats sous forme de tableau dans les pages suivantes.

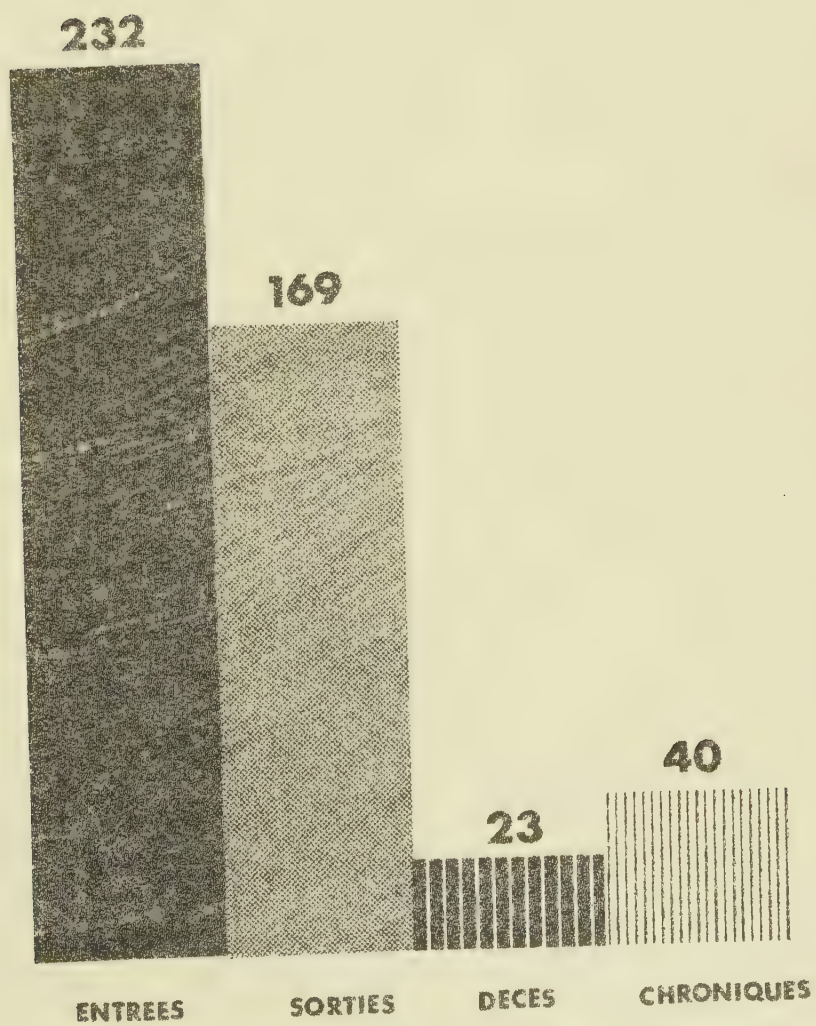
Nous pouvons remarquer que les sorties constituent 72,8% des entrées. Ce chiffre est bien inférieur au résultat de l'ensemble de notre travail, 82,4%. De la même façon, le pourcentage des chroniques, 17,3% est plus fort que celui de l'ensemble 4,8%. Pour ces malades les résultats sont moins heureux que ceux obtenus dans les autres catégories.

Nous allons comparer ce que nous avons pour cette période avec les deux précédentes comme nous l'avons fait pour les résultats d'ensemble.

Répartition globale des
Psychoses chroniques

Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
232	169	23	40
100%	72,8%	9,9%	17,3%

REPARTITION GLOBALE DES MALADES



II. COMPARAISON AVEC LES EPOQUES PRECEDENTES.

Nous allons situer notre travail dans l'ensemble des travaux effectués dans le service. Ainsi que nous l'avons fait plus haut, nous avons dévisé les résultats en trois tranches à peu près égales. La première s'étend de 1921 à 1937 et se caractérise par l'absence de thérapeutique. La seconde va de 1937 à 1954 et voit apparaître les premières tentatives de soins, la dernière, enfin, qui est la notre, correspond en gros à la naissance des neuroleptiques.

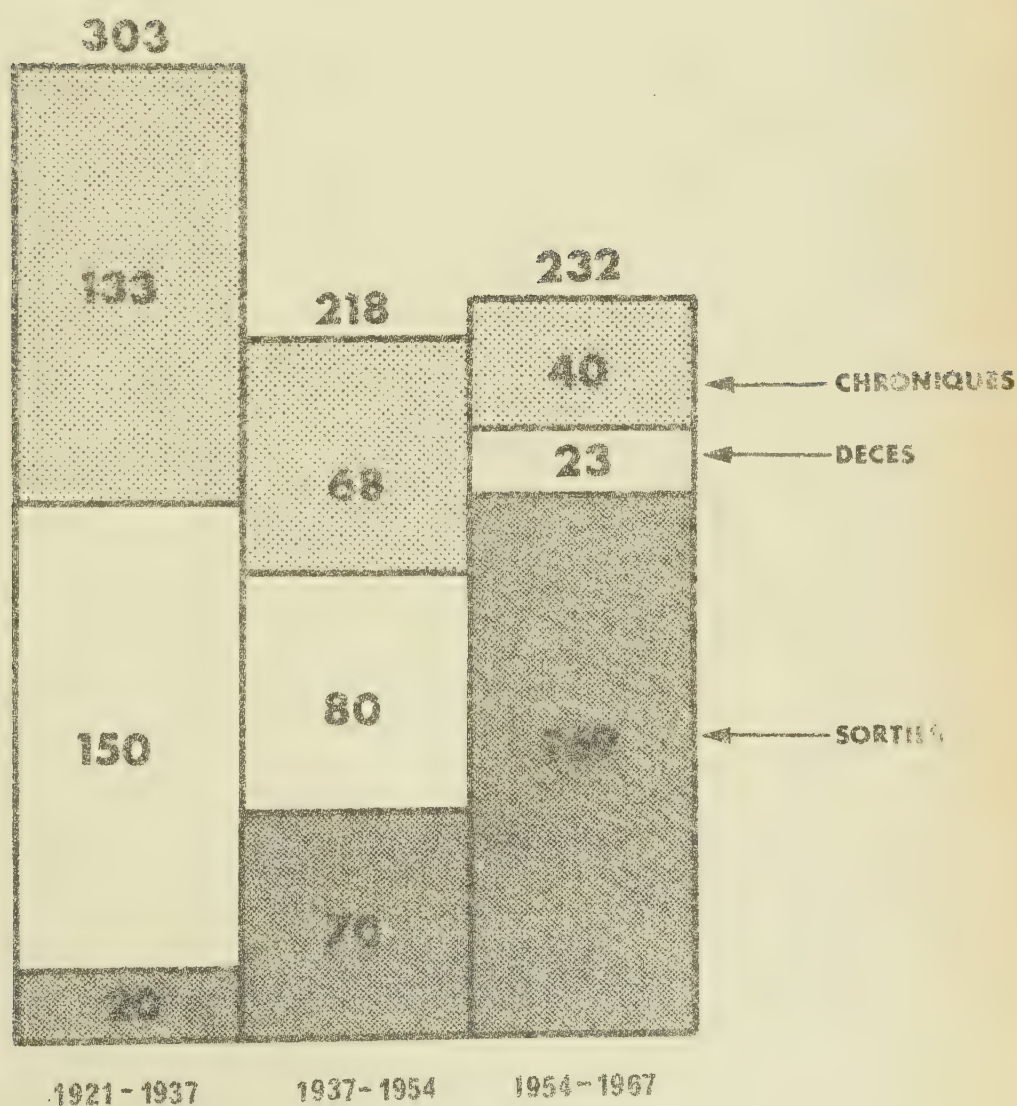
Situation des psychoses chroniques
par rapport aux entrées totales

	Entrées totales	Psychoses chroniques	Pourcentage
1921-1937	840	303	35,7%
1938-1954	1789	218	12,1%
1955-1967	2270	232	8,3%

Comparaison avec les époques précédentes

	Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
1921-1937	303	20	150	133
1938-1954	218	70	80	68
1955-1967	232	169	23	40

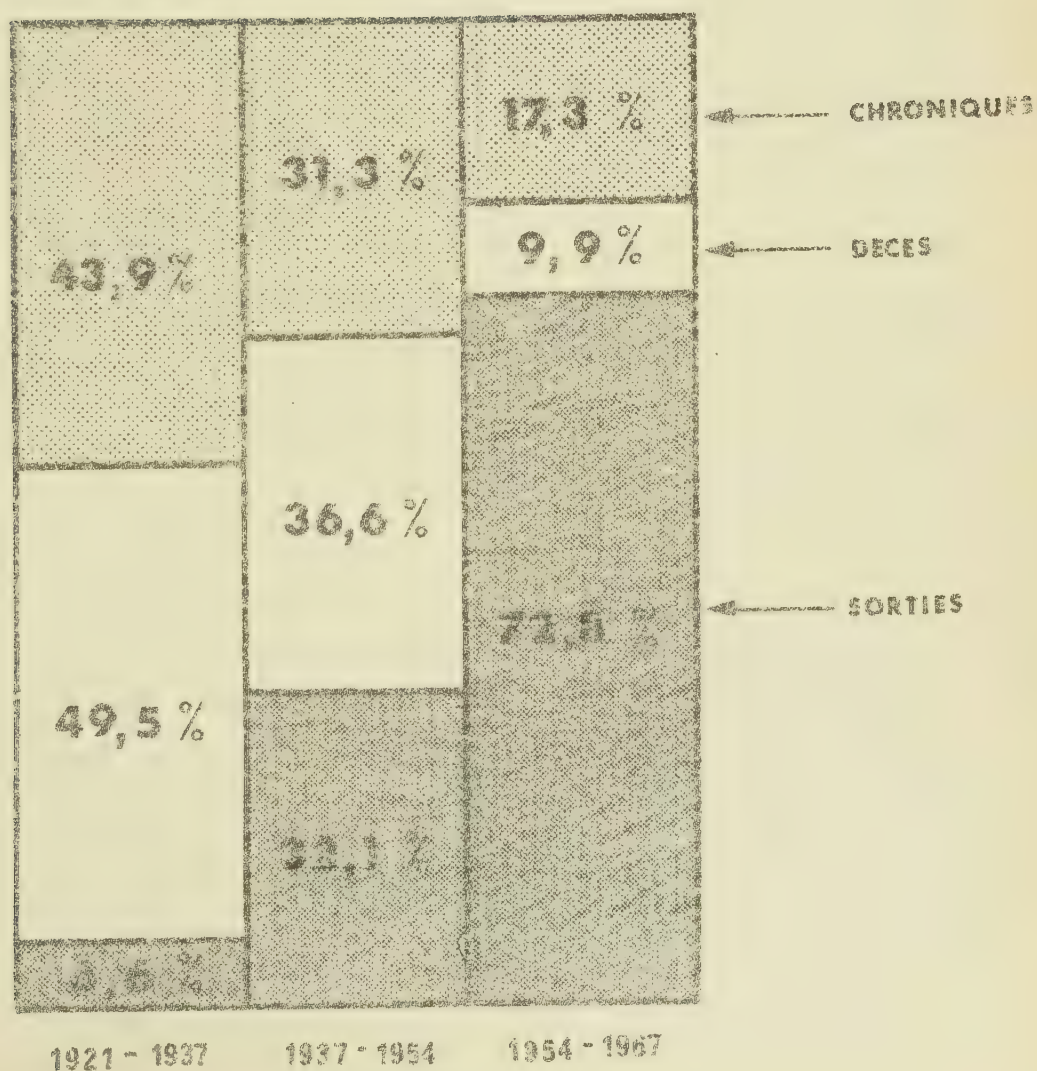
VARIATION DES RESULTATS BRUTS DES PSYCHOSES CHRONIQUES EN 40 ANS



Expression en pourcentage

	Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
1921-1937	303	6,6%	49,5%	43,9%
1938-1954	218	32,1%	36,6%	31,3%
1955-1967	232	72,8%	9,9%	17,3%

VARIATION DES POURCENTAGES



Nous avons présenté, pour commencer, un tableau exposant l'évolution de la proportion des psychoses chroniques par rapport à l'ensemble des malades hospitalisées.

Nous remarquons d'emblée la place importante qu'occupait cette forme nosologique lors de la première époque, 35,7% soit un tiers. Et pour chaque période cette place se rétrécit, puisque pour la dernière tranche que nous avons étudiée les psychoses délirantes chroniques ne constituent plus que 8,3% des malades hospitalisées. Nous savons que cette catégorie est synonyme de "folie" et que en 1921 pratiquement seules ces malades étaient soignées à l'hôpital. Les tableaux suivants nous montrent que le chiffre brut d'entrées n'a pas varié significativement. Ce qui nous apprend donc qu'actuellement une autre catégorie de malades de pronostics moins péjoratifs vient en nombre sans cesse croissant se faire soigner dans nos services, reléguant les délirantes chroniques à la portion congrue.

Ceci nous permet encore une fois d'insister sur cette ouverture de l'hôpital vers un public plus vaste.

Nous pouvons également dégager une autre conclusion de ces résultats. La constance du nombre des entrées qui va de pair avec la stabilité de la population du département nous suggère que l'incidence des délirantes chroniques est indépendante, au moins en partie, de la forme de civilisation où elle a pris naissance.

Cependant, si la quantité de malades n'a pas varié la qualité des résultats s'est améliorée de façon permanente au cours des années, profitant de toutes les innovations thérapeutiques. En effet, lors de la première tranche les sorties représentaient 6,6% du total, c'est-à-dire que le sort le plus probable des malades était soit un décès rapide ou un séjour définitif à l'asile avec un espoir très faible d'en sortir.

La situation se modifie ensuite, et nous assistons à un bond extraordinaire du nombre des sorties, qui passe à 32,1% gagnant à peu près également sur les décès et le sédimement, ce qui fait que la malade avait une chance sur trois soit de sortir, soit de mourir ou de finir ses jours à l'hôpital, ce qui finalement revient au même. C'est cependant un progrès considérable, et déjà le triste visage de la maladie s'animait de l'espoir d'une guérison possible.

Mais les progrès vont continuer et ne pas s'arrêter en si bon chemin. Pour la période qui nous concerne les sorties constituent 72,8% des résultats. Même si ce chiffre est inférieur à celui des autres catégories nosologiques, il est tout de même remarquable par rapport à ce que nous notions tout à l'heure. Et cette amélioration se fait sentir sur le nombre de décès qui descend à 9,9%, sans doute ce que l'on obtient dans une population normale.

Nous avons visualisé ces propos au moyen d'histogrammes, l'un nous donnant les variations des chiffres bruts, l'autre celles des pourcentages.

Variation relative des catégories pour chaque époque

	Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
1921-1937	303	20	150	133
1938-1954	-85	+50	-70	-65
	-28,0%	+250,0%	-46,6%	-48,8%
1955-1967	+14	+99	-57	-28
	+6,4%	+141,4%	-71,2%	-41,1%
	-71	+149	-127	-90
	-23,4%	+745,0%	-84,6%	-67,6%

x

x Cette case donne les comparaisons entre la première et la troisième tranche.

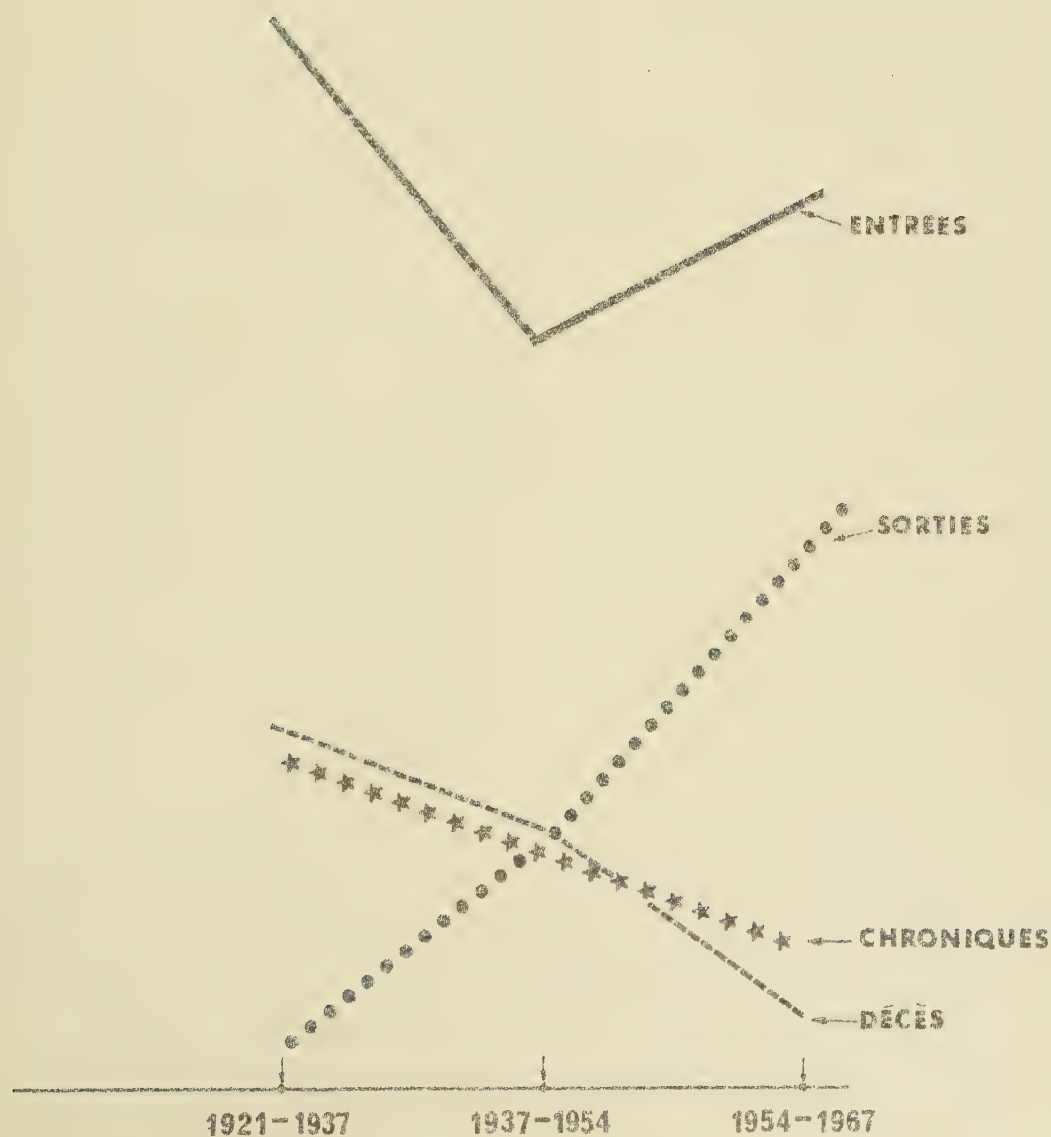
Variation relative des pourcentages de chaque
catégorie au cours des différentes périodes

	Entrées	Sorties	Décès	Chroniques
1921-1937	303	6,6%	49,5%	43,9%
1938-1954	-85	+25,5	-12,9	-12,6
	-28,0%	+383,6%	-26,0%	-28,7%
1955-1967	+14	+40,7	-26,7	-14,0
	+6,4%	+126,7%	-72,9%	-44,7%
	-71	+66,2	-39,6	-26,6 ^x
	-23,4%	+1003,0%	-80,0%	-60,5% ^x

x Cette case donne les comparaisons entre la troisième et la première tranche.

VARIATION DES DIFFERENTES CATEGORIES

(expression en pourcentage)



Nous complétons ces données par une comparaison des variations relatives d'une période sur l'autre, afin d'essayer de mettre en évidence la manière dont se font ces variations.

L'augmentation des sorties ne se fait pas de manière rectiligne, mais est plus importante entre la troisième période et la deuxième qu'entre celle-ci et la première, + 745% contre 250%, à peu près le double. C'est dire l'action remarquable des neuroleptiques.

Nous trouvons une situation à peu près équivalente pour les décès dont la diminution est plus importante lorsque l'on passe de la troisième période à la seconde que de la deuxième à la première. Par contre, l'évolution des chroniques est linéaire et les progrès moins brillants.

Répartition des entrées

Entrées	Effectif	Pourcentage	Total entrées
jamais sorties	30	12,9%	30
1	71	30,6%	71
2	46	19,8%	92
3	32	13,7%	96
4	16	6,8%	64
5	14	6,0%	70
6	4	1,7%	24
7	6	2,5%	42
8	6	2,5%	48
9	2	0,8%	18
10	3	1,2%	30
13	2	0,8%	26
14	1	0,4%	14
18	1	0,4%	18
Total	232	100%	542

Après avoir comparé le devenir des malades à travers les différentes époques, il nous faut maintenant revenir sur la période qui nous concerne, celle qui s'étend de 1954 à 1967. Nous allons voir comment se décomposent les divers critères évolutifs.

Nous avons donc présenté un tableau indiquant la répartition des entrées réelles. Les résultats les plus appréciables s'échelonnent entre 1 fois et 5 fois, avec un maximum très net pour une fois, 30,6%. Le total de l'effectif de une à trois entrées représente 64,1% de l'ensemble, c'est-à-dire un peu plus des deux tiers. La moyenne de 2,7 se situe entre 2 et 3 fois. Et nous pouvons voir que le pourcentage de récidives est modéré puisque de 56,5% mais il faut faire intervenir dans ce calcul les malades qui ne sont jamais sorties et qui fournissent un contingent fort appréciable, 12,9%. Si donc nous éliminons ceux-ci, nous trouvons alors 69,4%, ce qui est franchement élevé. Ce résultat se rapproche de celui des psychoses maniaco-dépressives. Cependant, le chiffre impressionnant des sorties surtout par rapport aux tranches précédentes, nous laisse penser à une transformation de la marche évolutive de cette maladie, qui grâce à la thérapeutique, finit par se transformer en une série d'accès aigus dont le diagnostic avec les psychoses aiguës risque d'être difficile à poser. Cependant le déplacement vers le petit nombre d'entrées peut nous permettre d'envisager une amélioration des résultats dans les années à venir. Mais il reste aussi un sédiment hospitalier constitué en partie de formes greffées sur un fond de débilité qu'il sera difficile de réduire.

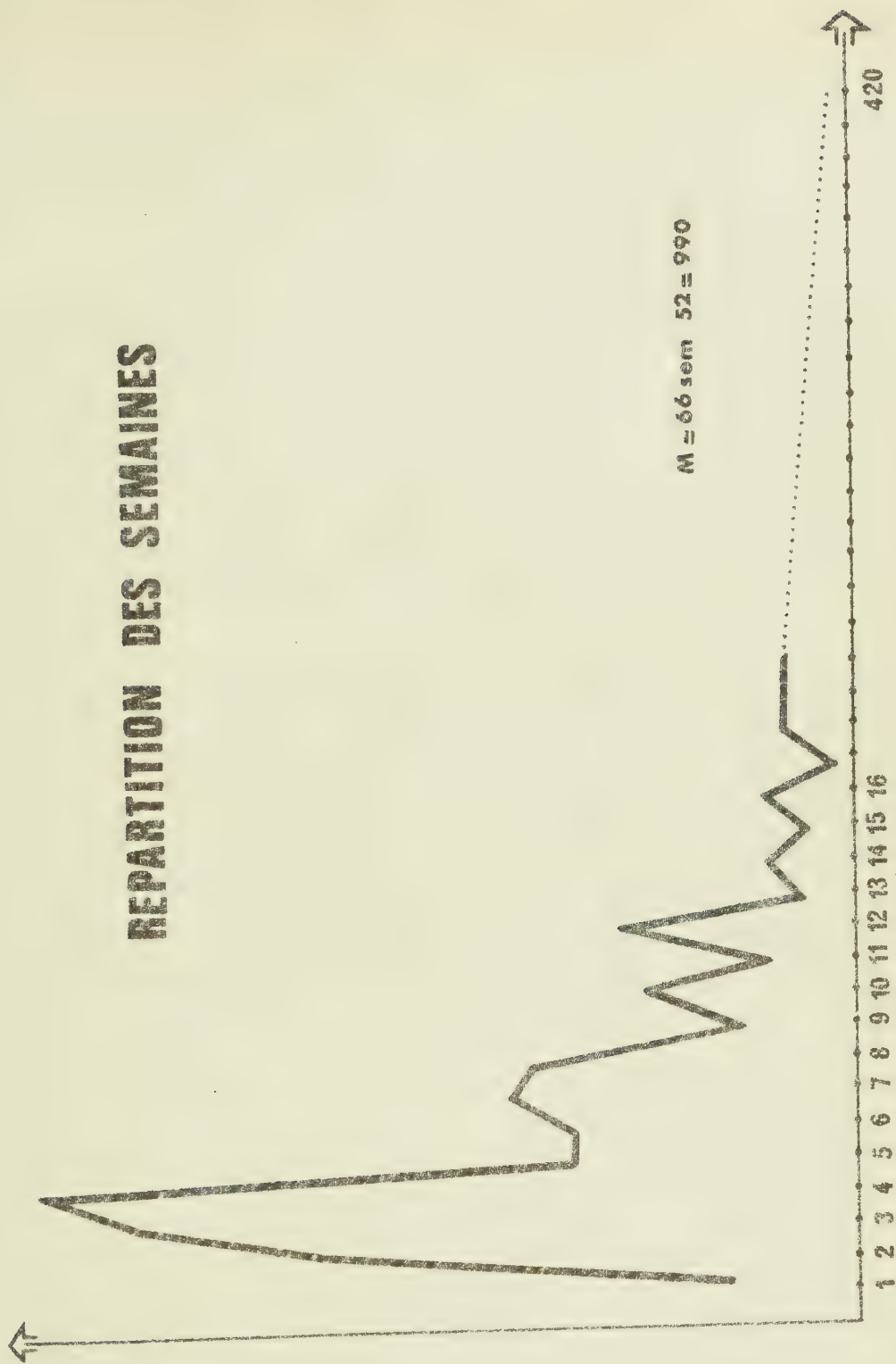
Répartition des semaines d'hospitalisation

Semaine	Effectif	Pourcentage	Total	Semaine	Effectif	Pourcentage	Total
	13	2,2%	13	17	3	0,5%	51
	57	9,6%	114	18	7	1,1%	126
	76	12,9%	228	19	7	1,1%	133
	86	14,6%	354	20	7	1,1%	140
	30	5,1%	150	21	2		42
	30	5,1%	180	22	1		22
	36	6,1%	252	23	5	0,8%	115
	34	5,7%	272	24	8	1,3%	192
	11	1,8%	99	25	1		25
	21	3,5%	210	26	4	0,6%	104
	9	1,5%	99	27	5	0,8%	135
	25	4,2%	300	28	4	0,6%	112
	5	0,8%	65	29	1		29
	8	1,3%	112	30	5	0,8%	150
	5	0,8%	75	31	1		31
	11	1,8%	176	32	7	1,1%	224

Répartition des semaines (suite)

Groupe de semaines	Nombre de malades	Pourcentage	Total de semaines
34-38 sem.	8	1,3%	288
40-45	7	1,1%	290
46-50	8	1,3%	383
51-55	10	1,6%	523
59-63	4	0,6%	244
72-94	4	0,6%	325
104-124	7	1,1%	780
127-164	4	0,6%	549
174-184	4	0,6%	719
208-222	4	0,6%	860
144-420	3	0,5%	1004
Total	588	100%	10419

REPARTITION DES SEMAINES



Le deuxième élément à caractériser l'évolution de la maladie est le temps passé dans les services hospitaliers.

Le tableau résultant de la décomposition de la durée de séjour visualise l'extrême dispersion des résultats. Nous avons tenu, cependant, à conserver la semaine comme unité, car elle nous a servi tout au long de ce travail et nous donne des points de comparaison. De plus, elle nous apporte des précisions sur les premières semaines où la dispersion est moins grande. Nous n'avons pas tenu compte dans cette présentation des malades chroniques.

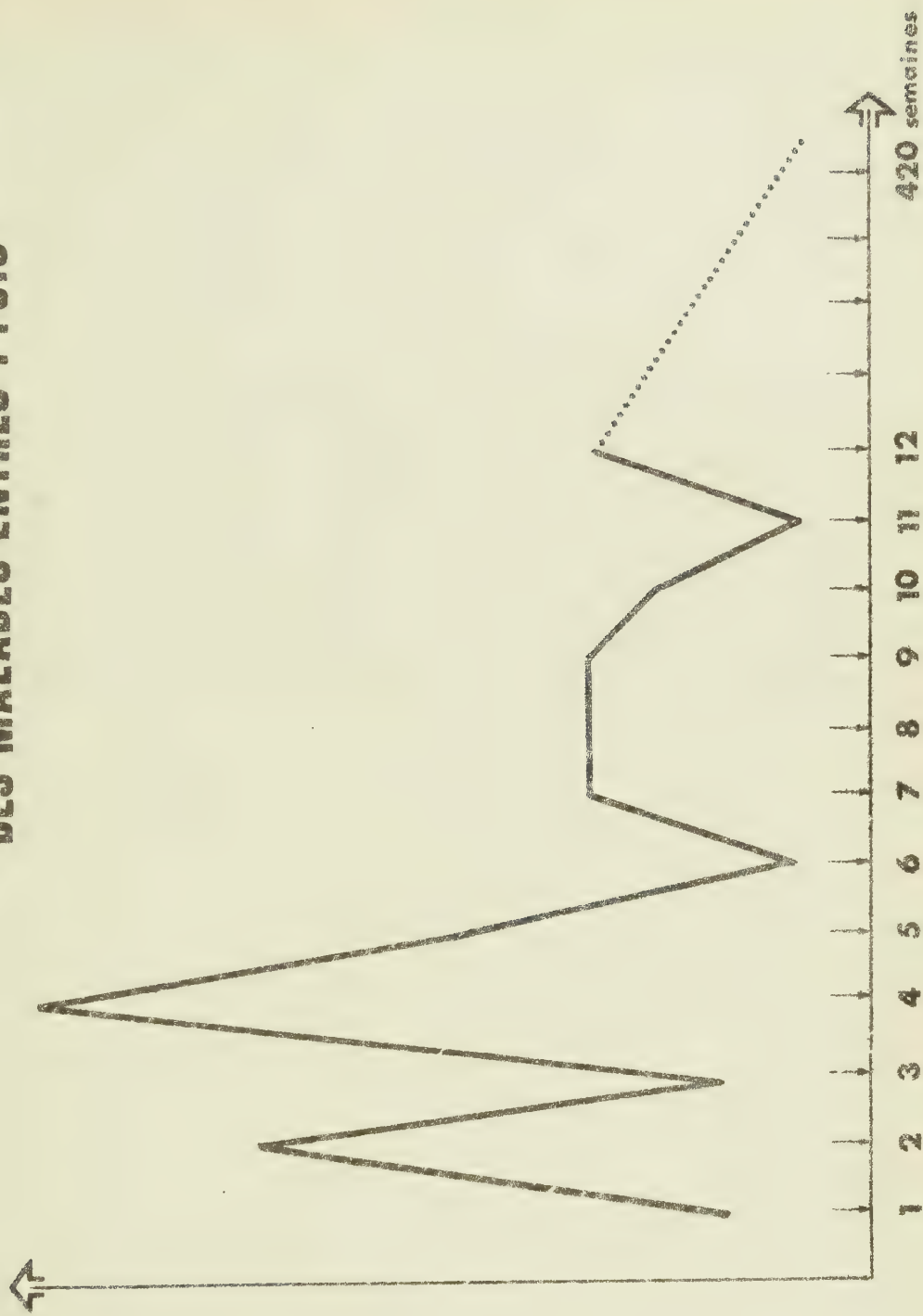
Le maximum est atteint à 4 semaines, soit un mois, avec un résultat presque aussi élevé pour trois semaines. Le total des malades jusqu'à 12 semaines, soit 3 mois représente 72,3% de l'ensemble, le reste se dispersant entre 13 et 420 semaines. Il est évident que la moyenne par malade sera forte, 44 semaines soit 4 mois, ce qui nous situe au niveau des psychoses aiguës, et confirme ce que nous disions plus haut sur le devenir de cette forme nosologique.

Malades entrés une fois

1

Semaine	Nombre de malades	Pourcentage	Semaine	Nombre de malades	Pourcentage
1	2	2,8%	15	1	
2	9	12,6%	16	2	2,8%
3	2	2,8%	19	1	
4	12	16,9%	20	1	
5	6	8,4%	28	1	
6	1		30	2	2,8%
7	4	5,6%	32	1	
8	4	5,6%	34	2	
9	4	5,6%	38	1	
10	3	4,2%	41	1	
11	1		52	1	
12	4	5,6%	208	1	
13	1		420	1	
	Total	1369 sem.		70	m = 19 sem

REPARTITION DU TEMPS D'ACTIVISATION DES MALADES ENTRES 1 FOIS



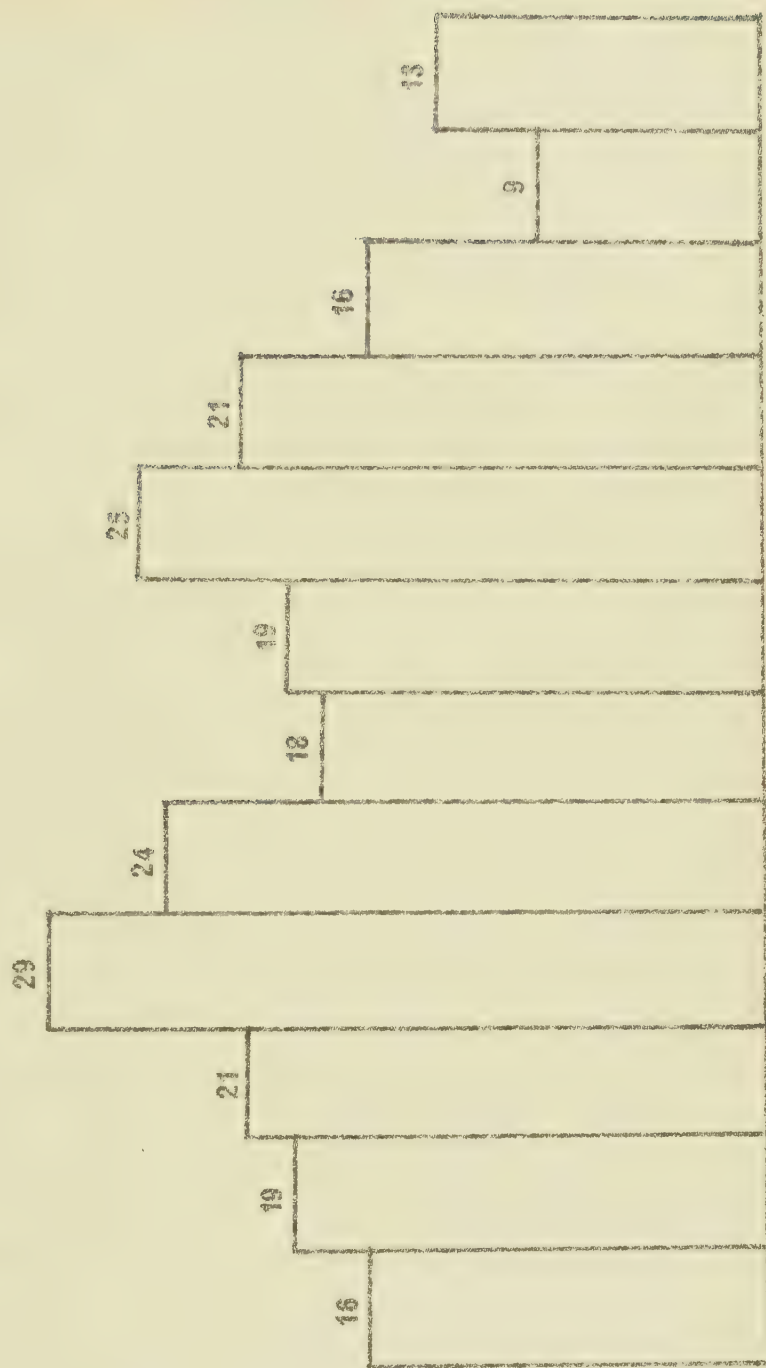
Nous avons étudié la répartition des semaines d'hospitalisation des malades entrées une seule fois, pour vérifier si l'absence de récurrences n'était pas compensée par un séjour prolongé.

Le tableau précédent, qu'illustre la courbe nous montre qu'il n'en est rien. Bien que la dispersion soit plus grande, la moyenne est plus basse, 19 semaines au lieu de 44 semaines. Et la comparaison des moyennes, $t = 3,6$ est significative. De plus nous retrouvons le même maximum que pour l'ensemble des malades à 4 semaines. Donc, nous pouvons affirmer que ces malades ne sont pas restées plus longtemps que l'ensemble de la population des délirantes chroniques.

Age de la 1ère entrée

Age	Nombre de malades	Pourcentage
15-20 ans	16	6,9%
21-25	19	8,2%
26-30	21	9,1%
31-35	29	12,6%
36-40	24	10,4%
41-45	18	7,8%
46-50	19	8,2%
51-55	25	10,8%
56-60	21	9,1%
61-65	16	6,9%
66-70	9	3,9%
71 et plus	13	5,6%

REPARTITION DE L'AGE DE LA PREMIERE MARIAGE



15-20 20-25 25-30 30-35 35-40 40-45 45-50 50-55 55-60 60-65 65-70 70+

Nous nous proposons de regarder vers quels âges les malades entrent pour la première fois à l'hôpital. Nous avons tenu compte d'hospitalisations antérieures dans un autre service. Il est bien évident que quelques malades pour qui nous ignorons les antécédents fausseront quelque peu nos résultats. Ils sont heureusement peu nombreux, pensons-nous du fait de la faible mobilité des habitants de l'Eure et Loir, et de l'absence totale d'autres établissements de soins.

Comme pour le reste de notre étude, nous avons choisi de découper les tranches de 5 ans, pour éviter de multiplier les résultats et d'avoir des réponses ininterprétables parce que trop dispersées.

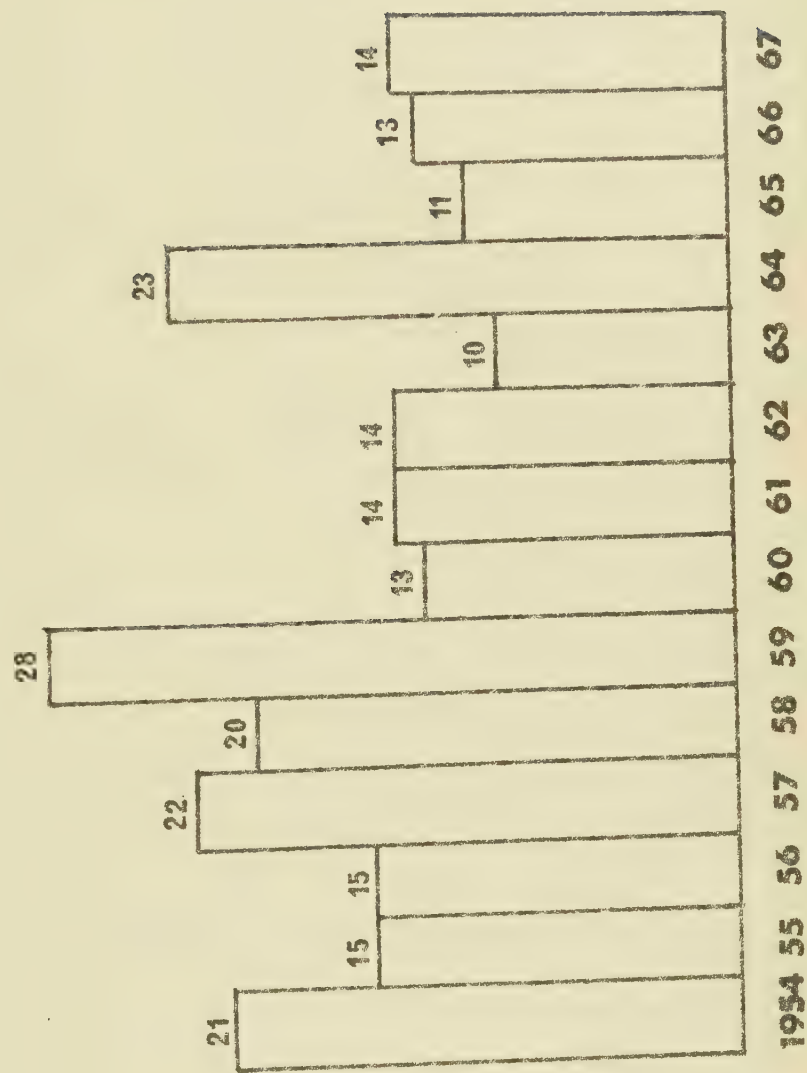
Comme nous avons affaire à un ensemble non homogène, il faudra attendre à plusieurs sommets dans la courbe obtenue. Et en effet nous trouvons trois résultats significatifs, le premier pour 30-35 ans, le second pour 35-40 ans et le troisième pour 50-55 ans. Deux résultats sont nettement en dessous de la limite inférieure normale de la moyenne, il s'agit des derniers. Il est vraisemblable qu'après 65 ans nous ne pouvions pas tenir pour certains les diagnostics posés.

Le premier résultat nous paraît surprenant, car selon les normes classiques nous nous attendions à la rencontrer beaucoup plus tôt, vers 20-25 ans. Ce groupe concerne les schizophrénies vraisemblablement, mais il est possible que ce chiffre soit dû à l'addition à cette première entité du groupe des paranoïa qui peuvent débuter vers cet âge. Cependant nous rejoignons par notre bilan l'avis de notre Maître H. EY qui recule de cette façon l'âge de début de la schizophrénie.

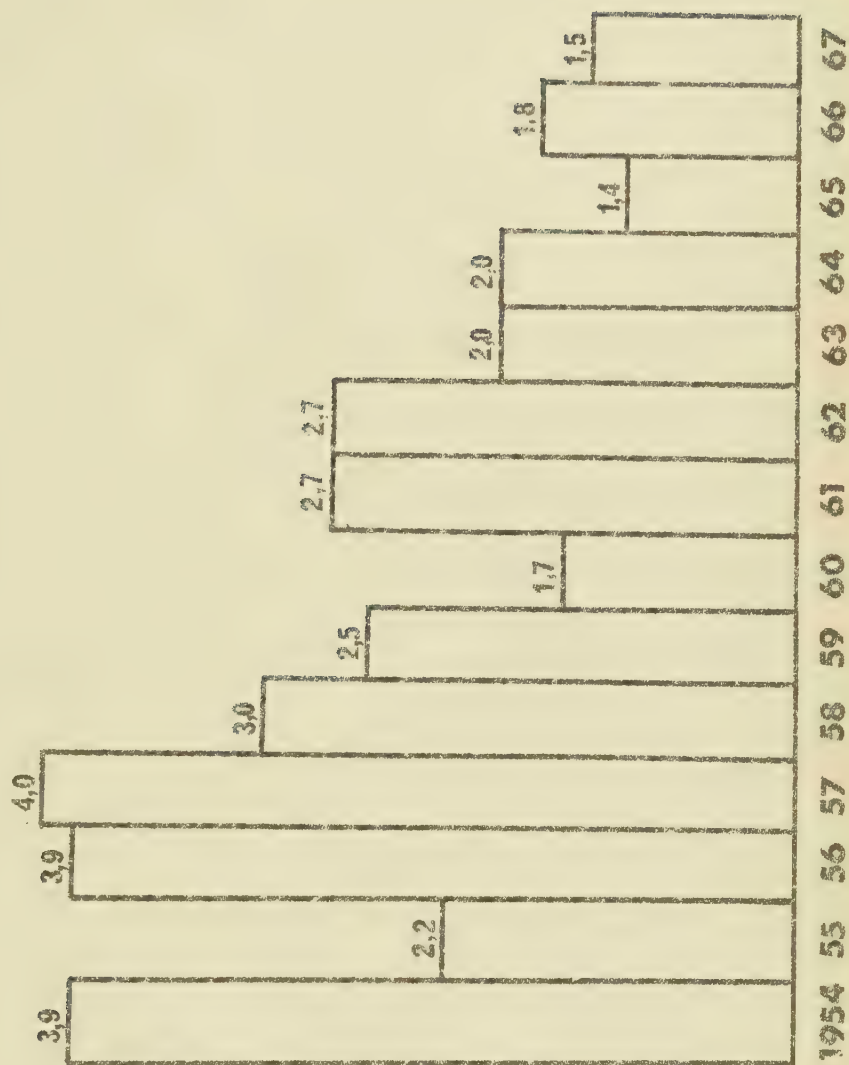
De la même façon le maximum à 50-55 paraît correspondre au début des paranoïa, du moins au moment où les entrées hospitalières sont les plus nombreuses. Comme souvent, il y a un temps de latence entre le début des troubles et le moment où les manifestations de la maladie sont suffisantes pour amener l'hospitalisation, nous pouvons attribuer un âge plus jeune pour le début réel des troubles. A moins que la pathologie locale soit un peu différente de celle que l'on observe ailleurs.

Années	Effectif	Nombre d'entrées	Moyenne	Nombre de Semaines	Moyenne par malade	Moyenne par entrée
1954	21	82	3,9	1510	75	18
1955	15	33	2,2	1193	79	36
1956	15	59	3,9	547	39	9
1957	22	88	4,0	1752	83	19
1958	20	61	3,0	1093	57	17
1959	28	71	2,5	1253	48	17
1960	13	23	1,7	430	48	18
1961	14	39	2,7	656	47	16
1962	14	38	2,7	393	30	10
1963	10	20	2,0	215	24	10
1964	23	48	2,0	475	22	9
1965	11	16	1,4	225	25	14
1966	13	24	1,8	111	10	4
1967	14	21	1,5	233	18	11
	m = 16	633	m = 2,6	Total = 10086 m = 43	m = 14	

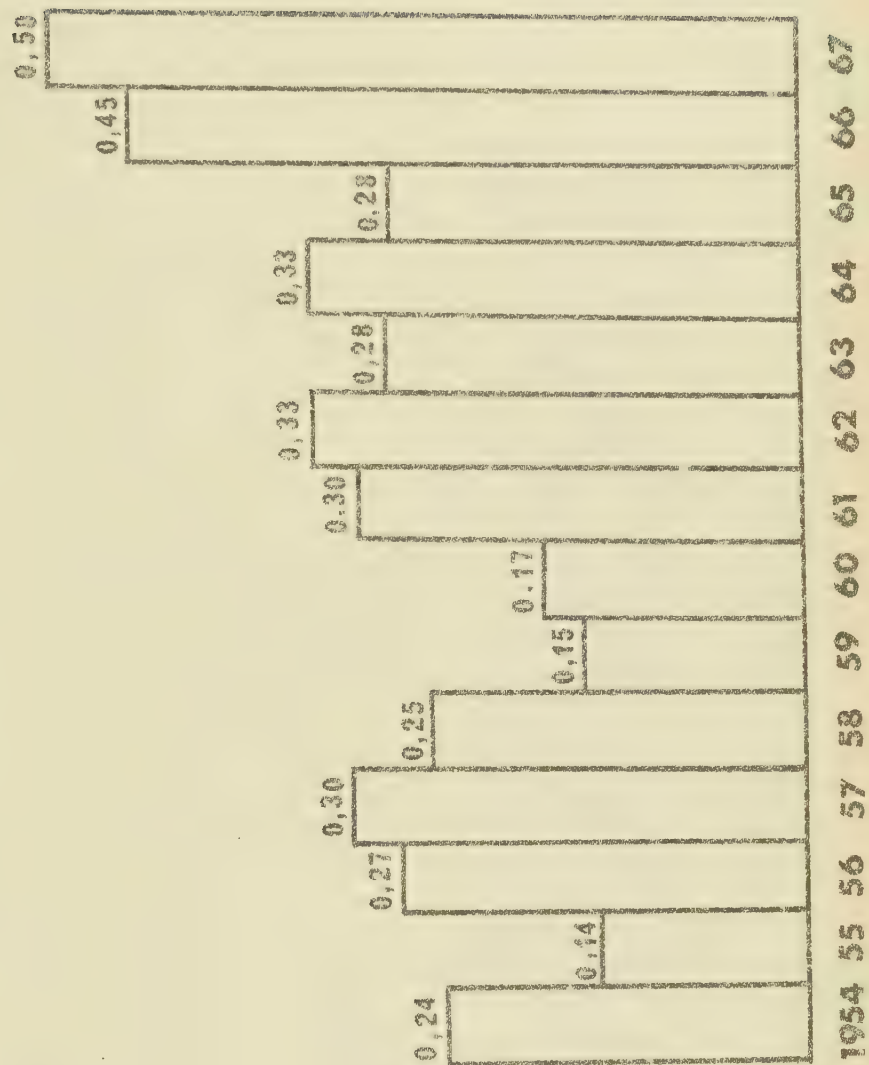
EFFECTIF DES ENTREES PAR ANNEES



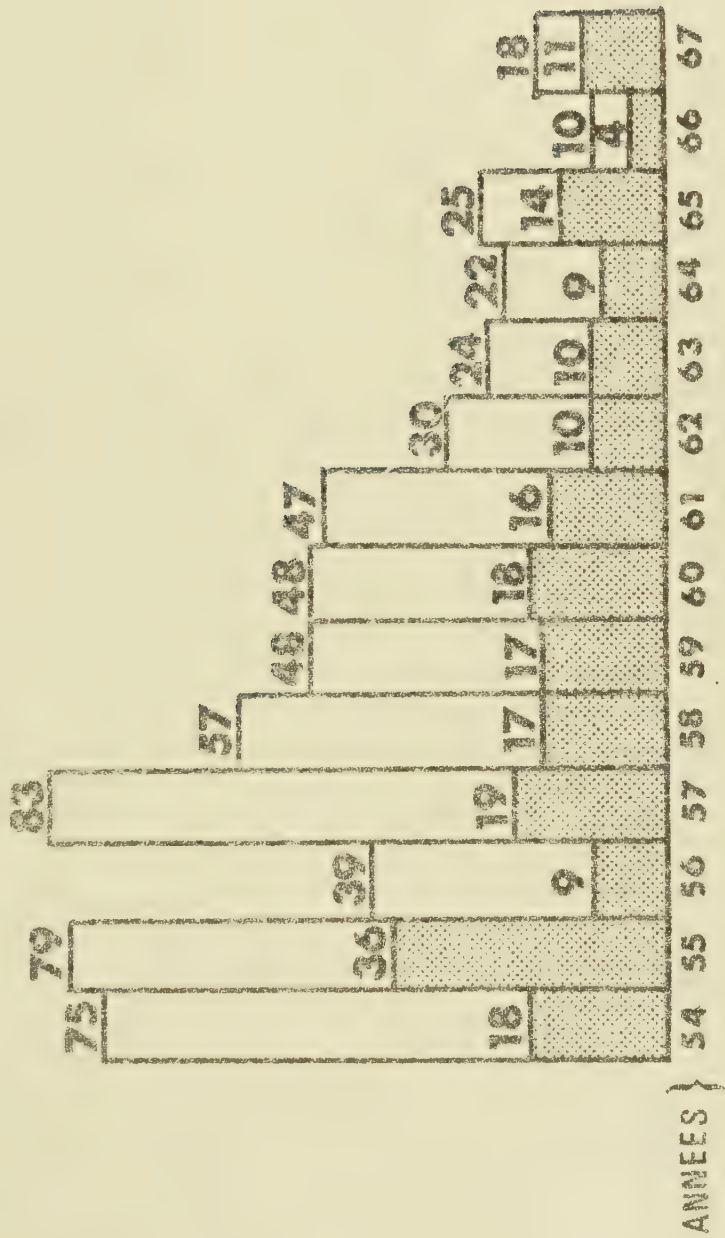
REPARTITION DES ENTREES



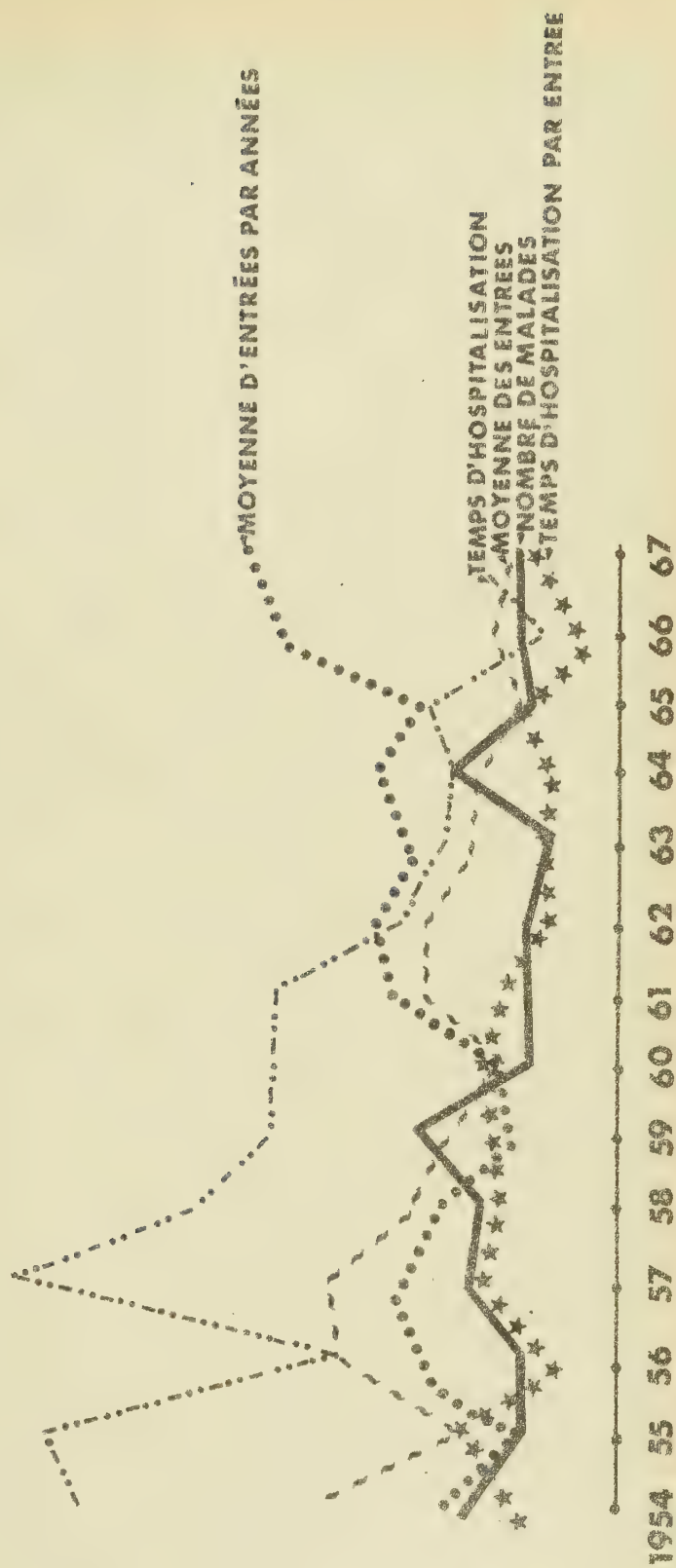
MOYENNE DES ENTRES PAR MALADES ET PAR ANNEES



TEMPS MOYEN D'HOSPITALISATION PAR MALADES, PAR ENTREES



REPARTITION PAR ANNEES (vue d'ensemble)



Nous nous occupons enfin de l'évolution de la maladie au cours des 14 années qui nous intéressent. La répartition de l'effectif par année ne nous retiendra pas ici, car les causes de sa variation nous échappent complètement.

Nous constatons que le nombre d'entrées par années va en diminuant au fur et à mesure que l'on se rapproche de la fin. Ce phénomène nous paraît être dû au fait que le recul de ces dernières années est insuffisant pour que les malades aient le temps de réaliser toutes leurs rechutes. Pour éliminer ce facteur, nous avons divisé la moyenne des entrées par le nombre d'années qui séparent la date en question du moment où cette absence a été faite, et nous constatons que le nombre de rechutes va en augmentant. Les malades restant moins longtemps à l'hôpital ont davantage la possibilité de revenir, soit pour une reprise spontanée de l'évolution malgré nos efforts, soit qu'elles aient arrêté sans notre accord le traitement que nous avons institué.

Le même phénomène se produit pour le temps d'hospitalisation. Bien qu'il n'y ait pas de corrélation entre les deux séries ($r = 0,24$; $t = 40\%$), elles paraissent suivre le même mouvement. Pour éviter cet inconvénient nous avons calculé la moyenne par entrées. Et nous observons également ce même mouvement descendant. Il semble donc que nous ayons réussi à réduire le temps d'hospitalisation de ces malades, pour les réinsérer plus rapidement dans la vie normale, et ceci malgré l'absence de foyers de post-cure ou d'ateliers protégés, absence dont nous souffrons cruellement.

Cependant quand on songe à ce qu'était le devenir de ces malades, il y a seulement 20 ans, nous ne pouvons pas nous empêcher de nous réjouir de ces résultats.

En conclusion, l'étude des psychoses délirantes chroniques nous a permis de dégager plusieurs notions fort intéressantes. Nous avons eu l'occasion de voir, au cours des 46 ans durant lesquels a porté l'ensemble des observations, sur une population dont l'effectif n'a que peu varié, que le nombre de malades hospitalisées s'est maintenu à peu près constant. Il apparaît donc que malgré les progrès apportés au dépistage de la maladie mentale, le recrutement ne se soit pas modifié, et donc que la morbidité des psychoses délirantes chroniques soit restée la même.

Nous avons pu voir également que l'apport de thérapeutiques nouvelles a bouleversé la physionomie évolutive de la maladie. En effet nous avons constaté le magnifique résultat obtenu sur le nombre de sorties, permettant ainsi une resocialisation plus intense de nos malades. Mais ceci a pour effet de transformer ces psychoses classiquement à évolution chronique en une maladie se développant par accès en dehors desquels le malade, moyennant la prise régulière de son traitement, peut vivre normalement.

Il reste cependant un noyau sur lequel la thérapeutique moderne n'a pas encore de prises. Une bonne part il est vrai, est constituée de formes greffées sur un fond de débilité le plus souvent qui gêne considérablement quant à la réussite du traitement. Il n'est pas dit toutefois que dans un avenir qui n'est peut-être pas si lointain nous puissions enfin améliorer ce reste. Pour nuancer ce que nous disions plus haut, l'analyse de la répartition des entrées nous a montré qu'un nombre appréciable de malades n'avait effectué qu'un seul séjour à l'hôpital, et que nous pouvions affirmer la validité de ce résultat grâce à nos dispensaires qui nous permettent de contrôler la solidité du succès thérapeutique. Sans doute, il faut ne voir là qu'un premier pas, et nous ne devons pas désespérer d'améliorer encore ce bilan.

V CONCLUSIONS

L'examen de notre matériel d'étude nous a permis de dégager plusieurs éléments intéressants.

L'intérêt de ce travail a été renforcé par le fait que nos observations portaient sur une population féminine relativement stable, dont le nombre n'avait pas varié de façon importante depuis plusieurs années et qui conservait une certaine qualité ethnique due à l'absence de migrations. De plus le style d'exploitation nécessitait le maintien des biens familiaux au sein d'une collectivité réduite.

D'un autre côté, le service hospitalier possédait une chance unique en étant dirigé pendant 35 années consécutives par le même médecin-chef ce qui a d'ailleurs permis l'exécution de ce travail.

Pendant les quatorze années sur lesquelles a porté notre attention, il a été soigné environ trois mille malades, quantité sur laquelle quatre-vingt-deux pour cent d'entre elles ont pu reprendre leurs activités. En contre-partie le pourcentage de sédiment hospitalier a pu être réduit de façon valable et être ramené à 4,8% du total des entrées.

Ces résultats prennent une signification encore plus considérable lorsque nous les comparons à ce qui avait été obtenu lors des périodes précédentes. En effet nous avons vu le nombre de malades traitées augmenter de façon significative au cours des trois périodes que nous avons constituées dans l'intérêt de cette étude. Il passait de huit cents environ à dix-sept cents et enfin au résultat que nous venons d'indiquer, près de trois mille. Ce progrès, nous l'avons vu par la suite, n'était pas dû à l'augmentation de la population départementale, mais à la modification des mentalités vis-à-vis de la maladie mentale. Parallèlement à l'accroissement du nombre de malades hospitalisées la proportion des sorties s'est améliorée. Ne représentant qu'un tiers des entrées lors de la première période, elle atteint maintenant, comme nous l'avons mentionné plus haut 82% du total.

Nous avons pu constater également que cette variation ne s'était pas faite de façon régulière, les résultats les plus remarquables s'effectuant lorsque apparaissent les premières techniques thérapeutiques et que le médecin s'occupe de façon active de ces malades. De la même façon nous avons enregistré une diminution très nette du nombre des décès et de ces malades pour lesquels tout espoir d'amélioration était perdu. Pour cette dernière catégorie, toutefois il apparaissait que l'action des neuroleptiques était plus efficace que les premières tentatives, soulevant alors le problème de savoir si le résultat plus faible des sorties dans cette dernière période, ne masquait pas simplement une mutation dans la qualité de ces résultats qu'une telle statistique était impuissante à révéler.

Nous avons ensuite envisagé la répartition des résultats actuels selon les diverses classes nosologiques que pour la commodité de notre travail nous avons ramenées à six.

Cette présentation nous a permis de savoir que les catégories nosologiques les plus importantes étaient représentées par le groupe des névroses et celui des Etats démentiels, qui constituaient plus de 50% de toutes les entrées. Nous en avons conclu que l'hôpital psychiatrique n'était plus le refuge des fous, comme autrefois, et ouvrait largement ses portes à une pathologie de gens pour ainsi dire normaux, et d'un autre côté que celui-ci tendait à se transformer en asile psychiatrique pour recueillir les vieillards agités ou non que les familles et les hôpitaux généraux ne voulaient et ne pouvaient plus garder. Une autre classe était fortement représentée, celle des psychoses aiguës, comme si cette manifestation pathologique correspondait à une manière de réagir de l'organisme aux stress de la vie moderne, à moins que les thérapeutiques modernes, en modifiant l'aspect des psychoses délirantes chroniques, ne soient une des raisons de cette augmentation. Ce dernier groupe, en effet qui occupait vers

les années 1930 une place importante dans l'effectif des malades traitées, un peu plus d'un tiers est actuellement réduit à une infime partie de la pathologie hospitalière, 8%.

Nous avons constaté également que les meilleurs résultats, évalués par l'importance du nombre de sorties, étaient obtenus pour les névroses et les psychoses aiguës. Et que dans le groupe du sédiment hospitalier les psychoses délirantes chroniques constituaient un élément important, présentant ces malades comme les plus rebelles à l'action de la thérapeutique moderne.

Dans une dernière partie nous avons regardé évoluer les entrées de chaque catégorie nosographique le long des quatorze années que nous avons étudiées. Nous avons noté à ce moment que deux groupes étaient en augmentation, celui des névroses et celui des états démentiels. Ce dernier ainsi que les états d'arriération nous semblent devoir constituer de plus en plus la "clientèle" future de notre établissement aux dépens des autres formes de pathologie et cela pose dès maintenant le problème de centres spécialisés capables de faire face à demande qui ira sans cesse en grandissant.

Nous avons ensuite abordé l'étude des psychoses aiguës, que nous avons réparties en trois sous-chapitres, les psychoses maniaco-dépressives, les bouffées délirantes polymorphes et les états confusionnels. Nous avons vu que leur répartition n'est pas égale et que le groupe des psychoses maniaco-dépressives est nettement dominant, mais nous pensions que ce résultat était trop élevé et que malgré nos précautions, nous y avions inclus des formes tardives dont l'appartenance au groupe était discutée.

Pour chacune de ces formes, nous avons recherché le risque de récédives, puis nous avons analysé la répartition du temps d'hospitalisation enfin nous avons cherché à découvrir le rôle de l'âge et de l'époque où ces malades ont été hospitalisées.

Le risque de récédives est le plus faible pour les états confusionnels, suivi de près par les bouffées délirantes et le plus élevé pour les psychoses maniaéo-dépressives. Pour celles-ci, notre action a été pratiquement nulle, tout du moins en ce qui concerne le risque à rechutes. En effet la durée des accès a été nettement diminuée, pour les trois formes d'ailleurs où plus des deux tiers des malades sont restées moins d'un mois.

Nous avons été frappés d'autre part par la fréquence avec laquelle la tranche d'âge de 30-35 ans revenait dans les résultats maximaux, que ce soit pour le nombre des entrées, la plus grande sensibilité à la maladie, le plus grand nombre de récédives, nous posant alors la question de savoir si cet âge ne présentait pas une vulnérabilité particulière.

Enfin nous avons pu constater qu'un léger mieux se dessinait au fur et à mesure que nous nous rapprochions de notre époque et que ce progrès était surtout net pour les bouffées délirantes et les états confusionnels alors que pour les psychoses maniaeo-dépressives l'acquisition de la chimiothérapie n'avait guère accentué les résultats déjà obtenus par les électrochocs.

Pour terminer ce travail nous nous sommes penchés de façon également précise sur les psychoses délirantes chroniques pour lesquelles nous possédions quelques éléments comparatifs.

Ce qui nous a d'abord frappés, c'est la place de plus en plus réduite qu'occupait cette forme nosologique au sein de la pathologie hospitalière alors qu'autrefois elle en constituait la majeure partie, et nous savons bien que cette maladie reste pour le public le symbole de la folie.

Il est certain que c'est là que nous enregistrons le plus grand nombre d'échecs et que la thérapeutique véritablement efficace reste à trouver. C'est un peu ce que nous disent les chiffres qui nous montrent que c'est dans ce groupe que nous trouvons le sédiment le plus fort, mis à part les vieillards qui sont restés pour une autre raison. Cependant, un résultat fort appréciable et très encourageant a été obtenu, puisque le nombre de sorties est passé de 6% à 72%. Il est frappant de constater aussi que le nombre de ces malades soignées à l'hôpital ne s'est pas modifié depuis 1921, ce qui nous permettait de penser que cette maladie représente comme une forme de ratés inévitables dans la fabrication du psychisme humain.

Ce travail comparé à ce qui avait été fait auparavant nous autorise à quelque optimisme. Bien sûr, il ne concerne que le département de l'Eure et Loir mais est-il vraiment déraisonnable de l'étendre à l'ensemble de la psychiatrie? Nous avons pu voir que l'effort de tous ceux qui se sont occupés de malades mentaux a été récompensé, que la découverte des techniques récentes, venant compléter les premières tentatives a permis un bouleversement de l'évolution de la maladie, et qu'une porte est maintenant ouverte vers de nouveaux progrès.

Tous ces résultats ont modifié l'opinion de bien des gens. Etre malade mental, maintenant, ne signifie plus être rejeté de la vie sociale, et la folie est devenue une maladie comme les autres qui a son histoire, ses règles

nosologiques, qui repose sur une base de recherches scientifiques et qui possède un traitement qui n'a rien à envier aux autres branches de la médecine. D'ailleurs celles-ci peuvent-elles affirmer que leurs résultats soient toujours meilleurs?

Cependant, bien des choses restent à faire, le dépistage étant insuffisant, les possibilités de resocialisation de certains de ces malades qui restent fragiles ou diminués sont bien maigres et la création de centres spécialisés devient une urgence. Mais notre effort ne doit pas s'arrêter là! Profitant des avantages des thérapeutiques modernes, il faut radicalement transformer le vieil asile qui deviendra un hôpital dont la fonction sera tout à fait réduite: soins difficiles à appliquer sans une surveillance médicale stricte malades impossibles à manipuler. Mais leur séjour sera court et leur réinsertion rapide grâce à la multiplication d'équipes médicales qui iraient dispenser les soins à domicile ou dans des dispensaires, évitant de cette manière le traumatisme de l'hospitalisation. En un mot il faut abattre les murs!

